UPPSALA STUDIES
IN EDUCATION 7

Håkan Jenner

Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle

En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS

1979

Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle

En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare

av *Håkan Jenner*

Akademisk avhandling
som för avläggande av filosofie doktorsexamen vid universitetet i Uppsala kommer att offentligt försvaras i Humanistiskt–Samhällsvetenskapligt Centrum, Hörsal 1, fredagen den 11 maj 1979 kl. 10.00.

Jenner, H., 1979. Goals and Reality in a Therapeutic Community. A study of treatment process and effects in an institution for drug abusers. *Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala Studies in Education 7*, 160 pp. Uppsala ISBN 91-554-0878-8

This dissertation deals with the methodological problems inherent in evaluations of therapeutic communities, and is based on the following premise: Simple effect-studies (i.e. studies which only attempt to answer the question whether or not a certain type of treatment is "effective") are not relevant when it comes to therapeutic communities. As a case in point, an evaluation of Hindby Treatment Center in Malmö is used. The center is a therapeutic community open to drug misusers. The Hindby study attempts to answer the following question: "What effect does treatment at Hindby have on which persons and under what circumstances?". The study is built around a survey of the patients' total situation (that is, not just symptoms) prior to and one year after treatment. In addition, the treatment process itself was studied. The predominant methods of data collection were participant observation and interviews. In the final assessment, emphasis lies with describing and interpreting treatment results (not with exact measurement and statistics). Assumptions regarding the patients who did and those who did not improve their life-situation have, however, been tested statistically. Among other things, it has been shown that good treatment results depend more on concrete treatment components than on the prognosis and life-background of the individual.—There are several problems inherent in research strategies like the Hindby study. These problems find expression both in the actual research and when it comes to describing the results. For example, this kind of strategy demands that the researcher him/herself is a finely tuned research instrument, and the emotional strain in doing such studies is greater than when the researcher stands outside the object of study. Furthermore, assessment of treatment effects is problematic, owing to the fact that today there are not accepted methods for measuring other things than "pure" symptom variables. But, in spite of the problems, there is more to gain than to lose in strategies of this kind. One brings knowledge to the fore that may be valuable to heads of institutions/decision-makers *and* to line workers involved in actual treatment.

Distributor: Almqvist & Wiksell International, Stockholm

ACTA UNIVERSITATIS UPSALIENSIS

Uppsala Studies in Education

7

MÅL OCH VERKLIGHET I ETT TERAPEUTISKT SAMHÄLLE

En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare

Håkan Jenner

Uppsala 1979
Distributor:
Almqvist & Wiksell International
Stockholm, Sweden

Doktorsavhandling vid Uppsala universitet 1979

ISBN 91-554-0878-8
ISSN 0347-1314

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

© Håkan Jenner, 1979

Printed in Sweden by
Borgströms Tryckeri AB, Motala 1979

Jenner, H., 1979. Goals and Reality in a Therapeutic Community. A study of treatment process and effects in an institution for drug abusers. Doctoral Thesis. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

This dissertation deals with the methodological problems inherent in evaluations of therapeutic communities, and is based on the following premise: Simple effect-studies (i.e. studies which only attempt to answer the question whether or not a certain type of treatment is "effective") are not relevant when it comes to therapeutic communities. As a case in point, an evaluation of Hindby Treatment Center in Malmö is used. The center is a therapeutic community open to drug misusers. The Hindby study attempts to answer the following question: "What effect does treatment at Hindby have on which persons and under what circumstances?". The study is built around a survey of the patients' total situation (that is, not just symptoms) prior to and one year after treatment. In addition, the treatment process itself was studied. The predominant methods of data collection were participant observation and interviews. In the final assessment, emphasis lies with describing and interpreting treatment results (not with exact measurement and statistics). Assumptions regarding the patients who did and those who did not improve their life-situation have, however, been tested statistically. Among other things, it has been shown that good treatment results depend more on concrete treatment components than on the prognosis and life-background of the individual.—There are several problems inherent in research strategies like the Hindby study. These problems find expression both in the actual research and when it comes to describing the results. For example, this kind of strategy demands that the researcher him/herself is a finely tuned research instrument, and the emotional strain in doing such studies is greater than when the researcher stands outside the object of study. Furthermore, assessment of treatment effects is problematic, owing to the fact that today there are not accepted methods for measuring other things than "pure" symptom variables. But, in spite of the problems, there is more to gain than to lose in strategies of this kind. One brings knowledge to the fore that may be valuable to heads of institutions/decision-makers *and* to line workers involved in actual treatment.

Förord

”Där rådplägning fattas varda planerna om intet, men beståndande bliva de, där de rådvisa äro många.” (Ords. 15:22).

Ett varmt tack för hjälp och råd, stöd och uppmuntran till professor Gösta Berglund, min handledare; Ann Eriksson och Agneta Iwanson-Öman, medforskare på Hindbyhemmet; Christer, Guy, Leif och Leif, Tord och alla andra deltagare i seminarieserien om behandlingsforskning på pedagogiska institutionen i Uppsala; samt till mina arbetskamrater på socialstyrelsens byrå för nykterhets- och narkomanvård.

Tullinge i februari 1979

Förf.

Innehåll

Del I Problem och forskningsstrategi 1

Kapitel 1. Inledning 3

Kapitel 2. Forskningsläget 6

Kapitel 3. Metodproblem och forskningsstrategi 12
3.1 Metodproblem 12
3.2 Forskningsstrategi 13
3.3 Precisering av forskningsproblemet 15

Kapitel 4. Forskningsperspektiv 16

Del II Projektets genomförande och resultat 19

Kapitel 5. Begreppsanalys 21
5.1 Bakgrund 21
5.2 Om begreppsanalys 22
5.3 Förutsättningar för analysen 23
5.4 Definition 24
5.5 Kommentar till definitionen 25
5.6 I vilka syften har det terapeutiska samhället använts? 26
5.7 Kommentar 27

Kapitel 6. Studie av Hindbyhemmet 29
6.1 Allmän översikt 29
6.2 Datainsamlingen 31
6.3 Intervju- och attitydformulärens konstruktion 34
6.4 Undersökningspopulation 35
6.5 Hindbyhemmets mål och organisation 37
6.6 Personalens resurser 38
6.7 ”Patienternas” förutsättningar 39
6.8 Om förhållanden i samhället 40
6.9 Analys av processen 40
6.9.1 En modell för analys av sociala processer 40

6.9.2 Svängningar i den sociala organisationen 41
6.9.3 Behandlingens utveckling på Hindby 48
6.9.4 Medbestämmande – men inte i ekonomin 50
6.9.5 Olika ledare 50
6.10 Resultatanalys 51
6.10.1 Utgångspunkter för analysen 51
6.10.2 Tre kategorier av förbättring 52
6.10.3 Vilken bild ger registerdata? 53
6.10.4 På vad beror skillnaderna i behandlingsresultat? 53
6.10.5 Uppfyllelse av yttre kontra inre mål 55
6.10.6 Drop-out-problemet 56
6.10.7 Utvecklingen på Hindby efter undersökningsåret 57

Del III Diskussion och sammanfattning 59

Kapitel 7. Diskussion av resultaten 61
7.1 Är institutionen i fråga en miljöterapeutisk institution? 61
7.2 Variationer i en och samma miljöterapeutiska gemenskap 63
7.3 Individvariablernas betydelse för behandlingens effektivitet 66
7.4 Vilken inverkan har personalens resurser och samhälleliga faktorer på behandlingsresultaten? 67
7.5 Kriterieproblemet 69
7.6 Spontanförbättring 71
7.7 Missbrukskarriären 73
7.8 Marginalkonflikt 76
7.9 Forskarrollen 78
7.10 Validitets- och reliabilitetsproblemen 81
7.11 Generaliserbarheten 86

Kapitel 8. Undersökningens begränsningar 88
8.1 På vad beror effekterna? 88
8.2 Vilka effekter har behandlingen för vilka personer? 89
8.3 Uppföljningstiden 90
8.4 Om kontrollgrupper 91

Kapitel 9. Implikationer för behandling och förslag till fortsatt forskning . . . 94
9.1 Implikationer för behandling 94
9.1.1 Bristande förankring i personalgruppen 95
9.1.2 Klienternas bristande motivation 96
9.1.3 Patienterna klarar inte kravfylld behandling 97
9.2 Förslag till fortsatt forskning 98

Kapitel 10. Summary in English 101

Noter 112

Bilagor 117

1. Schematisk beskrivning av innebörden i det terapeutiska samhällets två huvudsyften 117
2. Schema för översiktlig analys av behandlingsresultaten 120
3. Fallbeskrivningar 126
4. Antaganden rörande individfaktorers resp. behandlingens inverkan på resultaten 132
5. Jämförelser bortfallsgruppen–uppföljningsgruppen 134

Referenser 140

DEL I

Problem och forskningsstrategi

''Den som rigoröst letar *endast* efter objektivt,
lätt mätbara variabler gör som den druckne
som letade efter sin nyckel vid en lyktstolpe,
inte för att han trodde att han tappat den där,
utan för att ljuset var bäst där.''
(Bo Larsson, 1971)

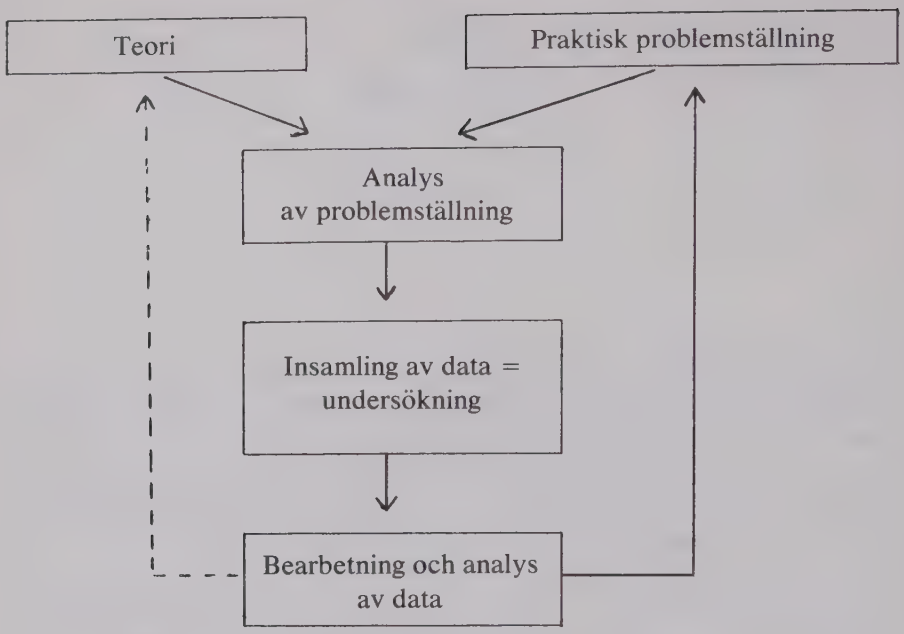
Kapitel 1

Inledning

Föreliggande arbete är en redogörelse och diskussion av en utvärdering av Hindbyhemmet i Malmö, en behandlingsinstitution för drogmissbrukare. Med utvärdering avses då *en metod för att avgöra i vilken grad ett planlagt program leder till ett önskat mål* (Suchman 1969, sid 15). Verksamheten på Hindby bygger på miljöterapeutiska principer (det terapeutiska samhällets principer). Undersökningen, som utfördes under åren 1973–1976, hade karaktär av uppdragsforskning. Uppgiften var att ta reda på huruvida behandlingen på Hindby var ''effektiv''. Undersökningen har dokumenterats i två böcker: *Terapeutiskt samhälle – demokrati eller skendemokrati? Om miljöterapins ideologi och praktik* (Jenner m fl 1976) och *Rapport från ett terapeutiskt samhälle* (Jenner m fl 1977 a). Väsentliga delar av det arbetsmaterial, som legat till grund för böckerna, har samlats i en stencilerad rapport: *Hindbyprojektet. Arbetsmaterial* (Jenner m fl 1977 b). Fortsättningsvis kommer upprepade hänvisningar att göras till dessa skrifter. (Se not 1:1).

Syftet med det arbete som här skall redovisas, är att lyfta fram och belysa de problem och svårigheter, framför allt av metodologisk natur, som man konfronteras med när man skall försöka utföra en rättvisande bedömning av behandlingens effektivitet på en miljöterapeutisk institution. Med ''rättvisande'' avses en utvärdering som tar hänsyn till forskningsproblemets komplexitet och som inte utesluter väsentliga fenomen. Med Lindström (1971, sid 10) skulle man kunna tala om en utvärdering där det anlagda perspektivet är ''artriktigt''. (Se not 1:2). Hindbyundersökningen används som fallstudie, åskådningsexempel.

Hindbystudiens uppläggning kan ses som ett förslag till modell för utvärdering av miljöterapeutiska institutioner. (Modell = idésystem som anvisar ett allmänt mönster och tillvägagångssätt för forskning). Utvecklandet/utprövningen av denna modell och huvuddragen i den fortsatta framställningen kan illustreras med hjälp av *figur 1:1*.



Figur 1:1 De olika momenten i föreliggande forskningsarbete. (Efter Björkman 1965, sid 31).

När utgångspunkten för ett forskningsarbete – som i det här fallet – är av praktisk art och kanske föreslagits av andra än dem som skall utföra undersökningen, behöver problemställningen ofta analyseras och skärpas innan man kan ta itu med själva undersökningsplaneringen. Till detta förberedelsearbete hör också att skaffa sig en uppfattning om det allmänna forskningsläget och att klargöra i vilket perspektiv som forskningsuppgiften skall ses. I kapitel 2 tecknas en bild av forskningsläget . I kapitel 3 analyseras problemställningen. I kapitel 4 anges de vetenskaps- och kunskapsteoretiska ställningstaganden som ligger till grund för undersökningen.

Undersökningens uppläggning, genomförande och resultat beskrivs i kapitlen 5 och 6. Undersökningen består av två delar: en analys av begreppet miljöterapi/terapeutiskt samhälle (kapitel 5) och en empirisk studie av verksamheten på Hindby (kapitel 6). Resultaten ''återkopplas'' sedan till problemställningen. Detta sker i kapitel 7. Problemställningen diskuteras i ljuset av undersökningsresultaten för att utröna i vilken utsträckning undersökningen gett uttömmande svar på de uppställda frågorna. Till viss del berörs även frågor av teoretisk natur. Anknytningen till teori är dock osystematisk

i det att det sker indirekt, allteftersom frågor av det här slaget aktualiseras av resultatens ''återkoppling'' till problemställningen.

Undersökningens begränsningar tas upp i kapitel 8 och kapitel 9 innehåller bl a några förslag till fortsatt forskning.

Tyngdpunkten i avhandlingen är som framgått metodologisk och empirisk.

Kapitel 2

Forskningsläget

Det forskningsfält, inom vilket hindbystudien faller, kan avgränsas/definieras på olika sätt:

- forskning rörande behandling (i kontrast till annan social- och beteendevetenskaplig forskning),
- forskning rörande effekter av behandling (i kontrast till dels annan evalueringsforskning, t ex av utbildningssystem, dels annan behandlingsforskning, t ex ren processforskning),
- forskning rörande effekter av behandling av drogmissbrukare (i kontrast till dels forskning rörande drogmissbrukets etiologi och utbredning, kliniska former och komplikationer, sociala strukturer och skadeverkningar, etc, dels forskning rörande effekter av behandling av andra symtomgrupper än drogmissbrukare),
- forskning rörande effekter av behandling på terapeutiska samhällen,
- forskning rörande effekter av behandling av drogmissbrukare på terapeutiska samhällen.

I det följande skall jag försöka ge en snabb, men ändå så långt möjligt rättvisande, bild av forskningsläget utifrån dessa aspekter. (Se not 2:1).

Inledningsvis kan då noteras, att systematiskt studium av effekter av behandling/terapi är en relativt ny företeelse inom behandlingsforskningen. Ända fram till 1950-talet var forskningen huvudsakligen av deskriptiv och diagnostisk karaktär.

Under de tre senaste decennierna har evalueringsforskningen utvecklats i en bestämd riktning; tydligast kan man se det beträffande psykoterapiforskningen. (Se not 2:2). Ett flertal vetenskapliga författare har beskrivit denna utveckling, däribland Bergin & Strupp (1969, 1970, 1972) och Larsson (1971).

Stensmo (1979, kap 5) har sammanfattat utvecklingen på följande sätt:

"En utveckling från grovt tillyxade frågeställningar av typ 'har psykoterapi överhuvud taget någon effekt' och 'vilken terapi är bäst, A eller B' till den mer subtila och samtidigt mycket

svårare frågeställning som sist redovisades /'Vilka effekter har olika terapiformer för vilken typ av patienter och under vilka förhållanden?'/ synes ha ägt rum under de 25–30 år som ansatser till systematiska studier av behandling har förekommit."

När det gäller forskning rörande effekter av behandling av drogmissbrukare är denna utveckling inte lika markant. Intresse för evaluering har i och för sig funnits åtminstone sedan början av 1950-talet, men evalueringsforskningen inom det här området synes inte ha kommit lika långt som inom psykoterapiforskningen. I en kritisk översikt av evalueringsforskning rörande behandling av drogmissbrukare ger Reed (1978, sid 153) en plausibel förklaring till detta förhållande:

"This is partly because drug-treatment research is often applied research, growing out of the public sector. Its focus on program effectiveness has been sustained by public pressure on programs to justify their claims to public funds. The applied nature of this research has meant a tenuous connection with theory. More often than not, drug treatment outcome work balances competing goals. A program-level research unit, for example, must attend to informational demands of a funding agency and the very real need to demonstrate program effectiveness compete for the ear of the applied researcher. Theory has played a more central role in shaping research in psychotherapy."

Frågan om en given behandlingsmetod har någon effekt överhuvud taget står fortfarande i förgrunden; låt vara att också frågan om vilken behandlingsform/metod som är "bäst" fokuseras i ett antal undersökningar, t ex Wallerstein (1957), Levinson & Sereny (1969), Westerfield (1972), Macrostudien (1975) och Smart m fl (1977). Frågan om vilka effekter olika behandlingsmetoder har för vilka personer och under vilka förhållanden har ännu inte kommit i centrum för debatt och forskning, även om behovet av sådan forskning har påtalats (t ex av The Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs, Canada, 1972 och av Reed 1978).

Den litteratur och forskning som finns tillgänglig om behandling på terapeutiska samhällen/miljöterapeutiska institutioner är tämligen omfattande. Det rör sig dock i allmänhet om kartläggningar och beskrivningar av vad miljöterapi på en institution innebär ifråga om värderingar och rollstruktur, arbets- och beslutsprocess, problem (och nya möjligheter!) för personal och "patienter", dels rent generellt, dels med anknytning till speciella typer av vårdorganisationer: psykiatriska sjukhus och kliniker, behandlingsenheter för drogmissbrukare, ungdomsvårdsskolor och fängelser etc. Utvärderingsundersökningar av miljöterapeutiska institutioner är fåtaliga. De få försök till utvärdering som hittills genomförts är dessutom ofta bristfälliga i något eller några av följande avseenden:

1. Förbättringskriterierna är snäva i det att de begränsas till symtomkrite-

rier. Att enbart mäta symtom är diskutabelt, bl a av den orsaken att behandling på terapeutiska samhällen sällan syftar enbart till att åstadkomma något slags symtomfrihet – utan till en bredare personlighetsmässig och social förändring.

2. Ansatsen (''approachen'') är snäv i den meningen att institutionen betraktas som en ''svart låda''. (Jfr kritiken mot viss utbildningsforskning, t ex Dubin & Taveggia 1968 och Dahllöf 1971, 1973.) I redovisningarna ges utförliga beskrivningar av forskningsdesign, metodik, genomförande och resultat etc. Däremot ägnas mycket få ord till att beskriva behandlingsinnehållet. Det sätts kanske någon etikett på ''lådan'', såsom ''miljöterapi'', ''modifierad form av miljöterapi'', ''terapeutiskt samhälle''. Men vad dessa etiketter står för blir ändå inte riktigt klart.

3. Undersökningarna är behäftade med direkta metodbrister, t ex i det att ''patienternas'' symtom och bakgrund inte kartlagts, att resultaten bygger på osäkra skattningar, att uppföljningstiden varierar inom undersökningsgruppen.

I nedanstående schema anges ett antal undersökningar och de mest påfallande bristerna.

Förf	Typ av behandlingsenhet	Förb kriterier			Behandlingsinnehåll		Metodbrister	
		symtom	s + social anpassn	andra	framgår	framgår ej	nej	ja
Wallerstein (1957)	Sjukhusavd för alkoholmissbr		X			X		uppföljningstiden varierar
Rapoport (1960)	Hendersonsjukhuset för ''sociopater''		X		X			osäkra skattningar
Kramer m fl (1968)	CRC-programmet i Kalif, för drogmissbr xx)	X			X		X	
Pittman & Tate (1969)	Sjukhusavd för alkoholmissbr		X			X	X	
Whiteley (1970)	Hedersonsjukhuset för ''sociopater''	X			X		X	
Collier (1971)	Daytop för drogmissbr x)		X		X			uppföljningstiden varierar

Förf	Typ av behandlingsenhet	Förb kriterier			Behandlingsinnehåll		Metodbrister	
		symtom	s + social anpassn	andra	framgår	framgår ej	nej	ja
De Leon (1972)	Phoenix House för drogmissbr x)	X			X			uppföljningstiden varierar
Myers & Clark (1972)	Avd på mentalsjukhus			symtom + grad av social interaktion + destination efter utskrivning (annat sjukhus el hemmet)		X		före-efter-undersökning, men ingen uppföljning
O'Briant & Lennard (1973)	Behandlingsprogram för alkoholmissbr		X		X			uppföljningstiden varierar
Kneisler & Heller (1974)	Inst för drogmissbr	X				X	X	
Macrostudien (1975)	6 inst för drogmissbr		X			X	X	
Austin m fl (1976)	Dagsjukhus för personer med psykiska symtom			målrelaterade		X	X	
Katz m fl (1976)	Inst för psykogeriatriska pat			grad av ''vakenhet'' ''sociabilitet'' ''self-care'' m fl		X	X	
May m fl (1976)	Mentalsjukhusavd för pat med diagnosen schizofreni			återintagning på sjukhus		X		uppföljningstiden varierar

Förf	Typ av behandlingsenhet	Förb kriterier			Behandlingsinnehåll		Metodbrister	
		symtom	s + social anpassn	andra	framgår	framgår ej	nej	ja
Carpenter (1977)	Mentalsjukhusavd för pat med diagnosen schizofreni		X			X		uppföljningstiden varierar

x) De institutioner som det gäller här är auktoritärt och hierarkiskt uppbyggda. Det är därför tveksamt om de kan kallas för terapeutiska samhällen (Brill 1971). De har ändå tagits upp i förteckningen, bl a eftersom de i allmänhet går under beteckningen ”terapeutiskt samhälle”.

xx) CRC-programmet vilar inte på formell frivillighet, eftersom man så gott som uteslutande tar emot drogmissbrukare som är dömda till vård, men programmet bygger i övrigt på miljöterapeutiska principer.

Det sagda gäller forskningsläget i sin helhet. Forskningen i Sverige skiljer sig inte på något avgörande sätt.

En uppmärksammad undersökning är Eckart Kühlhorns avhandling *Effekter av behandling* (1974), som är en jämförande studie av behandling av alkoholmissbrukare på två olika typer av institutioner: traditionella anstalter och ”terapeutiska samhällen”. En av bristerna med undersökningen är att institutionerna ”beskrivs” som ”svarta lådor”. Kühlhorn noterar i och för sig att det på tre av institutionerna fanns ”ett formellt reglerat medinflytande” – något som tas som bevis på att det handlar om miljöterapi. Men hur var det t ex med det *reella* medinflytandet? Deltog verkligen ”patienterna” i behandlingsarbetet? Frågeställningar som tar fasta på det egentliga behandlingsinnehållet studeras inte. Inte heller beaktas konsekvenserna av att ifrågavarande institutioner befann sig mer eller mindre på experimentstadiet då undersökningen gjordes. Vidare är de tillämpade kriterierna på rehabilitering snäva – de utgörs av registrerade nykterhetsvårdande åtgärder, omhändertagande för fylleri samt kriminalitet.

Under 1970-talet har ett antal utvärderingar genomförts av terapeutiska samhällen inom narkomanvården i Sverige (t ex Andersson 1972, Orander 1973, Tillström & Pallin 1973, Broddesson & Börestam 1974, Belfrage 1975, Bjerke 1975). Undersökningarna har haft en bredare ansats än vad som vanligen varit fallet inom det aktuella forskningsområdet. De har emellertid företrädesvis varit av explorativ karaktär och behäftade med metodbrister i olika avseenden. Resultaten har därför ur vetenskaplig synpunkt varit ganska intetsägande (även om de i vårddebatten kan vara av visst intresse som komplement till annan information). Ett undantag är en intervjuundersökning av 226 narkomaner som under åren 1969–1972

deltog i behandling på den miljöterapeutiska avdelningen M 16 på Långbro sjukhus (Lindberg & Ramström 1978). Det är en brett upplagd undersökning med en rad förtjänster. Till begränsningarna hör att intervjupersonerna inte har studerats under behandling, vilket försvårar möjligheterna att relatera fynd vid efterundersökningen till behandlingsinnehållet, samt att flertalet av de i undersökningen ingående personerna efter första vårdtillfället vid M 16 förutom eftervård har erhållit behandling på andra institutioner.

Att utvärderingsundersökningar av miljöterapeutiska institutioner varit både fåtaliga och ofta bristfälliga kan troligtvis ses som en följd av att det föreligger en rad svårigheter när det gäller att studera effekter av miljöterapeutisk behandling. I nästa kapitel skall jag ange de viktigaste av dessa problem samt presentera en strategi att bemästra dem.

Kapitel 3

Metodproblem och forskningsstrategi

3.1 Metodproblem

Det övergripande forskningsproblemet – hur utvärdera behandlingen vid en miljöterapeutisk institution? – är förknippat med flera problem av metodisk art.

1. Trots att mycket har skrivits om miljöterapi är det oklart vad som avses med begreppet. Detta innebär en central svårighet i det att olika institutioner kan organisera sitt behandlingsprogram på ganska olika sätt och ändå sätta etiketten ''miljöterapi'' på sin behandling. Olikheter kan exempelvis iakttas ifråga om olika personalkategoriers expertroller, besluts- och ansvarsfördelning, arbetsschema, m m. De terapeutiska miljöernas varierande utformning medför naturligtvis svårigheter när det gäller att bedöma och jämföra behandlingsresultat. Kanske beror ''dåliga'' (eller ''goda'') resultat helt enkelt på att institutionen inte är miljöterapeutisk i en striktare bemärkelse.

2. En andra svårighet sammanhänger med det förhållandet att en och samma miljöterapeutiska gemenskap skiftar karaktär från en tidpunkt till en annan. Man vet av erfarenhet och av tidigare forskning (Rapoport 1960), att det existerar årstidsbundna variationer och variationer som beror på tillfälliga kriser, kollektivets sammansättning m m.

3. Ett tredje problem (som inte enbart gäller för utvärdering av miljöterapeutiska institutioner) är att man vid bedömning av behandlingens effektivitet måste väga in faktorer som ''patienternas'' bakgrundsförhållanden, ''symtombild'', ''behandlingsmotivation'' och förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen.

4. En ytterligare svårighet är att behandlingen alltid sker inom vissa ramar, som bl a bestäms av personalens resurser och olika faktorer i samhället. Dessa förutsättningar påverkar givetvis behandlingsresultaten. Men det är ofta oklart *hur*.

5. Till ovannämnda svårigheter kommer problemet med den osäkerhet

som generellt råder om vad som skall mätas, dvs vilka ''förbättringskriterier'' som skall användas. Exempel på olika kriterier är symtomförbättring, självaccepterande, självtillit, förbättrade interpersonella relationer, ''skötsamhet'', har arbete eller studerar, har arbete och bostad, ökade politiska resurser. Att finna relevanta förbättringskriterier är en angelägen uppgift för evalueringsforskaren.

6. Även om man lyckats övervinna alla dessa svårigheter återstår ett problem, som allmänt gäller, nämligen att det kan vara svårt att relatera effekterna till en viss behandling. Förbättringen *kan* vara en följd av behandlingen, men kan även vara en följd av helt andra händelser. (Ett typexempel är den f d missbrukaren som blivit förälskad under observationsperioden). Det man alltså har intresse av att veta, och som man bör söka utröna, är hur effekten blev av en viss behandling utöver all annan påverkan som individen utsatts för. (Problemet kan kallas spontanförbättringsproblemet.)

3.2 Forskningsstrategi

Den föregående framställningen har pekat ut de viktigaste av de svårigheter som föreligger när det gäller att utföra en (rättvisande) utvärdering av behandlingen vid en miljöterapeutisk institution. En fruktbar strategi för att bemästra dessa problem synes vara att klart formulera de mål som gäller för institutionen ifråga (om inte målen redan finns tydligt uttryckta) och utvärdera mot dessa mål. Utvärderingen bör inkludera en noggrann kartläggning av institutionens totala förutsättningar samt av institutionsmiljö och behandlingsprocesser under en längre tidsperiod, liksom av ''patienternas'' livssituation och syn på behandlingen före, under och efter behandlingen. Jag skall här mer i detalj försöka visa hur den skisserade strategin kan bemästra de olika svårigheterna som tidigare angetts.

1. *Metodproblem:* Är institutionen ifråga en miljöterapeutisk institution?

a) För att kunna besvara denna fråga måste man ta reda på vilka mål och principer som uttalat gäller för institutionen – och sedan kollationera (''validera'') dessa mot en definition av begreppet miljöterapi.

Det påpekades tidigare att det är oklart vad som bör innefattas i begreppet. Definitionerna i litteraturen är ofta ''luddiga''. Klarhet i begreppsbehandlingen är en nödvändig utgångspunkt för bevisföringen, varför det allra första steget måste vara att formulera en – så långt möjligt – entydig definition, mot vilken institutionens mål och principer kan kollationeras.

b) Den aktuella frågan kan emellertid inte ges ett tillfredsställande svar enbart på ovannämnda grunder. Men om målanalysen kompletteras med den kartläggning av behandlingens innehåll och organisatoriska förutsätt-

ningar, som ingår i strategin, finns det möjligheter att besvara frågan. Genom en kartläggning av institutionsmiljö och behandlingsprocesser kan man exempelvis se om det existerar ''dolda'' målsättningar dvs målsättningar som är oförenliga med de explicita målen. Det kan ju vara så att man har det uttalade målet att hjälpa individerna mot ökad självständighet – samtidigt som man i verkligheten arbetar utifrån en omhändertagande och passiviserande ideologi. En kartläggning av behandlingsorganisationen kan visa om den är relevant vad gäller förverkligandet av de princper och mål som gäller för institutionen. En förutsättning för att t ex kunna förverkliga principer som öppenhet, medbestämmande och medansvar på institutionen är att det finns regelbundna allmänna möten där alla medlemmar i kollektivet deltar. En förutsättning för att kunna förverkliga en princip som ''kontakt med samhället'' är att institutionens geografiska läge möjliggör detta. Etcetera.

2. *Metodproblem:* Variationer i en och samma miljöterapeutiska gemenskap.

Genom att institutionsmiljö och behandlingsprocesser kartläggs under en längre tid kan man göra bedömningar av dessa faktorers inverkan på resultatet. Man kan anta att i någon mening ''dåliga'' resultat bl a beror på en ''dålig'' institutionsmiljö. En ingående kännedom om institutionsmiljön vid skilda tidpunkter möjliggör därför en mer rättvisande bedömning av resultatet.

3. *Metodproblem:* Individvariablernas betydelse för behandlingens effektivitet.

För att kunna dra slutsatser om förbättring inom en undersökt grupp fordras kunskap om de undersökta personernas förhållanden i olika avseenden *innan* de påbörjade behandlingen. Bl a genom den kartläggning av ''patienternas'' situation som ingår i strategin, har man underlag för en bedömning av i vad mån resultatet beror på behandlingen och i vad mån det beror på variabler hos individen.

4. *Metodproblem:* Vilken inverkan har personalens resurser och samhälleliga faktorer på behandlingsresultaten?

Med den kartläggning av institutionens totala förutsättningar, som ingår i strategin, kan man få – om inte ett svar på frågan – så dock en uppfattning om hur stora ''oddsen'' är att uppnå de uppställda målen.

5. *Metodproblem:* Kriterieproblemet.

Att utvärdera mot institutionens egna målsättningar innebär rent allmänt att man strävar efter att studera institutionen på dess egna villkor. Mer konkret innebär detta bl a att förbättringskriterierna skall härledas ur den uttalade målsättning som har formulerats (Keniston m fl 1971, sid 117).

Vilka kriterier som skall användas avgörs alltså av institutionens målsättningar – inte av forskaren. Problemet för forskaren blir att bestämma hur de skall mätas.

Ett viktigt skäl till detta förfaringssätt är att målsättningen inte är densamma för olika behandlingsmetoder. Somliga syftar endast till symtomförbättring, andra till en mer genomgripande förändring av individens livssituation. För att möjliggöra en rättvisande bedömning av de resultat som uppnås med en bestämd behandlingsmetod är det därför viktigt att forskaren inte tillgriper en färdiggjord mall, som kanske egentligen är anpassad för en helt annan behandlingsmetod än den som skall studeras.

6. *Metodproblem:* Spontanförbättringen.

I strategin ingår att man skall skaffa sig ingående kunskap om behandlingens innehåll och utformning vid skilda tidpunkter, liksom av ''patienternas'' livssituation och syn på behandlingen före, under och efter behandlingen. En tolkning att behandlingen har haft betydelse för en förbättring kan i många fall göras trolig utifrån en sådan noggrann kännedom om behandlingen och om den person det gäller.

3.3 Precisering av forskningsproblemet

Som framgått är det en rad frågor man måste ta hänsyn till om man skall utvärdera behandlingen vid en miljöterapeutisk institution. Det torde även ha framgått, om än indirekt, att en utvärdering av en miljöterapeutisk institution knappast kan begränsas till frågan om behandlingen är ''effektiv'' eller inte. Frågan om det terapeutiska samhällets ''effektivitet'' är alltför komplicerad och mångfasetterad för att kunna ges ett enkelt ja – eller – nej – svar. Frågeställningen måste vidgas – åtminstone såpass mycket att man söker svar på frågan om *vilka* effekter behandlingen har *under vilka förhållanden.*

Men också denna frågeställning är för snäv. Det kan tänkas att miljöterapeutisk behandling endast passar för vissa personer. I debatten har det t ex framförts åsikter om att miljöterapeutisk behandling inte lämpar sig för socialt utslagna alkoholmissbrukare. Den adekvata frågeställningen måste formuleras: *Vilka effekter har behandlingen för vilka personer och under vilka förhållanden?* Därmed har också avhandlingens huvudproblem preciserats.

Kapitel 4

Forskningsperspektiv

De forskningsstrategier som kan komma till användning vid behandlings- och terapiforskning kan sammanfattas i tre huvudgrupper (se Sigrell 1970, sid 5):

1) Effektundersökningar, där man genom kontrollåtgärder försöker studera effekten av terapi (intresset koncentreras på den beroende variabeln).

2) Processundersökningar för en beskrivning och analys av den terapeutiska processen (intresset koncentreras på den oberoende variabeln).

3) Kombination av process- och effektforskning (intresset koncentreras på sambandet mellan den oberoende och den beroende variabeln).

Den strategi som beskrivits här är av det tredje slaget, dvs en kombination av process- och effektforskning.

Vad gäller sättet att forska kan det ske utifrån åtminstone två olika perspektiv: dels i enlighet med ett naturvetenskapligt/naturvetenskapsimiterande perspektiv (NVP), dels i enlighet med ett humanvetenskapligt perspektiv (HVP). Även andra perspektiv har lanserats inom samhälls- och beteendevetenskaperna. Inom behandlingsforskningen är det framför allt NVP och HVP som ställts mot varandra. Att närmare presentera dessa båda perspektiv och utreda skillnaderna mellan dem ligger vid sidan av syftet för denna avhandling. Det finns emellertid skäl att fråga sig vilket perspektiv som är mest fruktbart för den aktuella problemställningen.

Två centrala begrepp i NVP är observerbarhet och förklaring. Den typ av data man är intresserad av är framför allt ''hårda'', kvantifierbara (mätbara). Människan uppfattas som objekt, intresset är inriktat på hennes beteenden. ''Mottot'' för datainsamlingen är objektivt studium och forskarens förhållningssätt är åskådande. Kunskapskomponenterna studeras ''var för sig'' isolerade från sitt sammanhang (atomism) och sammanfattas i generella lagar. Kunskapsintresset är tekniskt, förklarande. Centrala begrepp i HVP är mening och förståelse. Den typ av data man är intresserad av är framför allt ''mjuka'', kvalitativa. Människan uppfattas som subjekt, intresset är inriktat på hennes upplevelser och handlingar (som, i motsats till ''rena''

beteenden, alltid har en avsikt). ''Mottot'' för datainsamlingen är dialog och forskarens förhållningssätt är deltagande. Kunskapskomponenterna uppfattas som beroende av kontext. Ett nyckelord här är tolkning och ny kunskap erhålls genom ständiga integrationer (hermeneutisk metod). Kunskapsintresset är ''förstående'', att förstå bevekelsegrunderna bakom mänskligt handlande.

Vilket av dessa båda perspektiv är då det mest fruktbara? Ja, det beror på vad vi söker kunskap om. Om vi vid studiet av behandlingen bara söker kunskap om invidernas yttre beteenden (*hur* de agerar) kan vi använda oss av NVP. Men om vi också söker kunskap om *varför* de agerar som de gör i den givna situationen måste vi använda oss av HVP. Om vi nöjer oss med att veta hur *ofta* eller hur länge man talar om t ex personliga problem kan vi använda oss av NVP. Men om vi också vill veta i vad mån samtalen leder till insikt i problemen måste vi använda oss av HVP. (Man kan ju tala väldigt ofta och mycket länge om personliga problem utan att komma längre än till goda råd, ''en klapp på axeln'' och uppmaningar om att vederbörande bör ''rycka upp sig''! Insikt betyder att de psykologiska processer som styr handlandet har blivit medvetandegjorda). Om vi vid studiet av behandlingens effekter nöjer oss med lätt mätbara kriterier som t ex missbruksfrihet eller sjukskrivningstid kan vi använda oss av NVP. Om vi i stället är intresserade av att undersöka den eventuella förändringen i ljuset av individens totala livssituation måste vi använda oss av HVP. (Frihet från symtom behöver inte betyda förbättring även i andra avseenden. En del som varit intagna på alkoholistanstalt återfaller inte, men lever kanske i stället helt ensamma och isolerade i en slags frivillig ''social död''. De vågar inte ta kontakt med sina gamla ''suparkompisar'', har inga andra sociala kontakter i stället och överhuvud taget inget som kan fylla tomrummet efter spriten. Inte heller behöver återfall efter behandling betyda att personen ifråga lever i samma ''hopplösa'' situation som före behandlingen). Jfr Bergin (1971, sid 256 ff).

Vid planeringen av hindbystudien framstod *det humanvetenskapliga perspektivet* som mest fruktbart med tanke på att det skapar förutsättningar för kunskap som är mer nyans- och innehållsrik än den kunskap som erhålls med ett naturvetenskapligt perspektiv. Samtidigt är *kunskapsintresset tekniskt* i det att förståelse av processen ses som intressant främst i den mån det leder till goda resultat, och vidare i det att intresset främst är inriktat på förklaringar av samband mellan effekter och behandlingens innehåll och förutsättningar.

DEL II

Projektets genomförande och resultat

''Alice kom snart underfund med att det här
var ett verkligt svårt spel.''
(Alice i Underlandet, kapitlet Drottningens
krocketplan)

Kapitel 5

Begreppsanalys

I det här kapitlet görs ett försök att besvara frågan ''Vad är miljöterapi och terapeutiskt samhälle?''. Diskussionen är inriktad på de aspekter av problemet som är av särskild relevans för svenska förhållanden, vilket framför allt betyder två saker:

1. Diskussionen koncentreras till terapeutiska samhällen som leds av professionella. I exempelvis USA finns en rad terapeutiska samhällen, av vilka Synanon är det äldsta och mest kända, som helt och hållet drivs av ''icke-professionella'' f d missbrukare, och som konsekvent avvisar användningen av professionella terapeuter och deras metodik. (Se Commission of Inquiry ... 1972, sid 81 ff.) Något sådant terapeutiskt samhälle existerar inte i Sverige, möjligen med undantag av Deltagården (se Frykholm 1976).

2. Diskussionen koncentreras till terapeutiska samhällen vilka har som mål eller delmål en återanpassning av individen till samhället utanför. I exempelvis Vancouver, Kanada, finns ett terapeutiskt samhälle (X-Kalay) där man klart anser det terapeutiska samhället som ett ställe där personerna skall vistas resten av livet. Synanon är ett annat exempel. (Se Commission of Inquiry ... 1972, sid. 87 f.) Denna målsättning finns veterligt inte företrädd i Sverige.

Begreppsanalysen finns tidigare publicerad i sin helhet (Jenner m fl 1976). Här ges blott ett sammandrag av några huvudpunkter.

5.1 Bakgrund

Den brittiske psykiatern Maxwell Jones brukar vanligen räknas som grundläggaren av principerna om det terapeutiska samhället. I samband med andra världskriget fick han erfarenhet av krigsskadade personer som behövde vård. Det var i kontakten med dessa som han upptäckte de nedbrytande effekterna av traditionell (auktoritär) institutionsvård. Jones började införa metoder för medinflytande och framför allt aktiv medverkan av alla

på institutionen, både personal och ''patienter''. Gruppterapi, stormöten osv började.

Utvecklingen av det terapeutiska samhället i Sverige har kommit relativt sent och gått ganska fort. Samtidigt har debatten tidvis varit mycket intensiv – vilket delvis sammanhänger med att begreppet har blivit ett modeuttryck med diffust innehåll. Etiketten ''terapeutiskt samhälle'' har klistrats på snart sagt varje behandlingsform, där man har några gruppmöten i veckan eller en patientförening, även om patienternas inflytande kanske är begränsat till att lämna förslag i vissa obetydliga frågor. I forskningssammanhang har begreppsförvirringen inneburit problem i det att det rått oklarhet om vad man egentligen studerat – terapeutiska samhällen eller traditionella anstalter, som bara kallas ''terapeutiska samhällen''?

Under arbetet med hindbystudien kom en begreppsanalys att framstå som helt nödvändig.

5.2 Om begreppsanalys

Syftet med begreppsanalys är dels att påvisa oklarheter, dels att införa klara och väldefinierade begrepp, vilket innebär att begreppen är så definierade att man får en tydlig uppfattning om deras kännetecken. Man brukar vid begreppsanalys skilja mellan ett begrepps innehåll och omfång. Innehållet anges genom begreppskännetecken. Omfånget omfattar alla de fenomen som har begreppets kännetecken. Ett begrepp karakteriseras av innehållet. Definitioner som utgår från begreppets omfång ger ingen klar uppfattning om dess kännetecken.

När det gäller terapeutiskt samhälle kan kännetecknen antingen ses som nödvändiga kännetecken på ett terapeutiskt samhälle, eller som ideal och tankekonstruktioner, vilka i verkligheten endast förekommer som något mera eller mindre. Det väsentliga är emellertid att definitionen grundas på begreppets innehåll.

En definition avges vidare i ett bestämt syfte. Syftet kan antingen vara deskriptivt (man beskriver den accepterade innebörden hos ett ord/uttryck) eller stipulativt (man inför ett nytt ord eller en ny betydelse för ett använt ord). En deskriptiv definition kan vara sann eller falsk, eftersom den uttrycker ett givet förhållande. En stipulativ definition kan inte vara sann eller falsk, endast mer eller mindre användbar. Den rapporterar ju inte att en språkregel föreligger, utan skapar denna.

Syftet i det här sammanhanget måste vara att formulera en deskriptiv definition. Huruvida den är sann avgörs av om den lyckas beskriva den accepterade innebörden av begreppet. Konkret blir det fråga om att försöka

finna gemensamma nämnare i det som skrivits om terapeutiskt samhälle. Var för sig ger olika författare olika versioner av vad som är terapeutiskt samhälle. Det gäller då att komma fram till en definition som är såpass ''vid'' att den ansluter sig till det man oftast menar med terapeutiskt samhälle, och samtidigt såpass ''snäv'' att den ger en tydlig uppfattning om begreppets kännetecken.

5.3 Förutsättningar för analysen

Terminologin som används om den företeelse som här studeras är ganska rikhaltig. Vidare uttrycker (konnoterar) termerna olika ''tankeinnehåll''. För den här analysens ändamål begränsas uttrycket ''terapeutiskt samhälle'' till behandlingsinstitutioner, där verksamheten bygger på miljöterapeutiska principer. Om miljöterapeutiskt arbete i samhället utanför institutionerna används termerna ''socialterapi'' och ''samhällsarbete''. Termen ''miljöterapi'' används som en sammanfattande benämning på olika behandlings*principer*, vilka förekommer inom både ''terapeutiskt samhälle'' och ''socialterapi''. De senare termerna anger olika behandlings*områden*.

Ytterligare ett problem är att begreppen ibland kännetecknar olika behandlingsteknologier eller typer av verksamheter, ibland en ideologi eller ett ''sätt att se''. Till stor del handlar detta problem om att man blandar ihop olika nivåer i påverkningsprocessen, eller mer precist: att man inte skiljer mellan mål och medel. Målen för behandlingen är uttryck för en viss uppsättning värderingar, etiska och politiska. Detta innebär emellertid inte att olika behandlingsmetoder implicerar olika människosyn eller politiska uppfattningar. En metod kan användas i olika syften, vilket implicerar att den i princip inte kan vara något ''i sig'', t ex demokratisk eller repressiv, radikal eller reaktionär. En metod kännetecknas bara av att vara mer eller mindre användbar i förhållande till de mål man ställt upp. Detta får inte uppfattas på annat sätt än att värderingsfrågan är viktig. Men den hör hemma i ett särskilt sammanhang.

Det sagda kan illustreras med hjälp av ett exempel. Crafoord (1970) har formulerat följande definition av miljöterapi: ''En systematisk utformning av rum, tid, mänskliga relationer och atmosfär inom en vårdenhet så att den erbjuder möjligheter för avvikande eller missanpassade individer att finna självkänsla och kraft till lösning av de problem, som föranlett vården.'' Det som här är väsentligt, om man ser på terapeutiskt samhälle ur *metod*-aspekten, är dels tonvikten som läggs vid själva miljön och dels frågan om hur man anser att den totala miljön (rum, tid etc) rent konkret bör utformas inom en behandlingsinstitution för att man skall uppnå ett optimalt behand-

lingsresultat. Det kontroversiella i definitionen, och det som påverkas av värderingar, är vad man anser vara den avvikande individens problem, dvs vad som anses vara väsentligt för behandlingen och ytterst vad man anser vara kriterium på god förbättring (= målet).

Den första aspekten är alltså en metodfråga som fokuseras i begreppsanalysen. Den andra aspekten är en mål- och värderingsfråga som måste behandlas separat.

5.4 Definition

På grundval av en genomgång av vad ett antal tongivande vetenskapliga författare och verksamma terapeuter skrivit eller sagt om terapeutiskt samhälle, är det möjligt att formulera nedanstående definition av terapeutiskt samhälle som behandlingsmetod. (Underlaget utgörs av Rapoport 1960, Fröshaug 1967, Thomstad & Gydal 1968, Båge m fl 1969, Crafoord 1970, 1973, Feldman 1970, Jones 1970, 1973, Sundin 1970, 1975, Öckner 1970 a och b, Berg 1971, Laurell 1971, Haugsgjerd 1972, Vedeler 1973, Bremberg 1974. Som ''bredvidläsningslitteratur'' ingår bl a Løchen 1965, Berggren 1970 a och b, Jørstad 1971, Börjeson m fl 1972, Clark 1976).

Ett terapeutiskt samhälle = def. en behandlingsinstitution, där man genom ett medvetet utnyttjande av den totala miljön ständigt söker skapa och återskapa en påverkningssituation som – förutom trygghet och gemenskap – kännetecknas av:

– öppen kommunikation (kommunikationen skall vara öppen i alla riktningar, institutionen får inte vara avskärmad från omvärlden och alla skall ge varann information om vad som sker, vad som planeras och om vad man tycker och känner)

– demokrati: medbestämmande och medansvar för alla (makten decentraliseras, beslut och ställningstaganden till behandlingen och institutionens skötsel kommer till vid gemensamma diskussioner mellan personal och ''patienter'' och alla skall dela ansvaret för besluten)

– nya roller jämfört med den traditionella avdelningen (''patienterna'' förväntas både ta och ge behandling och personalen har främst en lärarroll)

– symtomtolerans (man accepterar en viss handling och frågar sig i stället varför personen ifråga handlar på just det sättet)

– ständig granskning – verklighetskonfrontation (alla vardagssituationer utnyttjas för att bearbeta ''patienternas'' problem)

– frivillighet (in- och utskrivningar skall vara frivilliga och grundade på ''patientens'' egen motivation)

– gemensamt mål (personal och ''patienter'' samverkar aktivt mot ett gemensamt mål, både vad gäller behandling och administration)

– kontakt utåt (institutionen får inte vara en isolerad ö: verksamheten måste bedrivas i ständig kontakt med samhället och människorna utanför).

Skapandet av denna påverkningssituation sker medelst:

– ett system av organiserade gruppaktiviteter (med ett allmänt gemensamt möte, samtalsgrupper, arbets- och aktivitetsgrupper samt personalgrupper som grundstomme);

– organiserade kontakter med ''patienternas'' sociala referensgrupper utanför institutionen; samt

– en fortlöpande informationsspridande och eventuellt också politisk verksamhet.

5.5 Kommentar till definitionen

Som tydligt framgår av definitionen räcker det inte med enbart organiserade gruppaktiviteter, eller ett formellt reglerat medinflytande, för att man skall kunna tala om terapeutiskt samhälle. Alla de element som ingår i definitionen måste vara uppfyllda i någon grad. Det kan också påpekas att definitionen är nödvändig, men inte tillräcklig, för att man skall få klarhet i vad terapeutiskt samhälle egentligen är. En viktig fråga att undersöka är också i vilka syften som det terapeutiska samhället har använts. Men före dess kan det vara på sin plats att kommentera ett par av definitionens nyckelbegrepp.

1. *Demokrati:* I ett terapeutiskt samhälle handlar demokrati om att *alla* medlemmar i den terapeutiska gemenskapen skall delta på likvärdig basis i de beslut och angelägenheter som rör kollektivet – både terapeutiska och administrativa. Det kan påpekas att administrativa angelägenheter, enligt den betydelse som uttrycket vanligen har, inte innefattar ekonomiska frågor. Man accepterar i allmänhet att dessa är avgjorda på förhand av respektive huvudman. Administrativa angelägenheter kan gälla in- och utskrivningsförfarandet, uppläggning av studiebesök, jourtjänsten m m. Överhuvud taget angelägenheter med direkt eller indirekt anknytning till institutionens skötsel. Beträffande ekonomisk demokrati finns det de som hävdar, att ''patienterna'' i ett terapeutiskt samhälle bör ha makt och inflytande även inom det ekonomiska området. Detta tillhör dock än så länge undantagen och kan inte sägas kännetecknа användningen av demokratibegreppet i miljöterapeutiska sammanhang.

Detta att ''alla medlemmar i den terapeutiska gemenskapen skall delta på likvärdig basis i alla beslut'' innebär mer konkret att man strävar efter en *direkt demokrati* och att besluten skall grundas på *samstämmighet* (se not

5:1). Demokratin innebär vidare att det skall vara en reell demokrati, d v s att medlemmarna skall ha verkliga möjligheter att utöva sina rättigheter och framföra sina krav. (Motsatsen till reell demokrati är politisk fattigdom. Uttrycket ''upplevelse av demokrati'' – som handlar om att det finns ett visst men starkt begränsat medbestämmande – kan sägas beskriva en mellanform).

I ett terapeutiskt samhälle som fungerar enligt idealen skall det finnas en långtgående demokrati i ovan angiven betydelse. Men demokratiseringen i denna miljö förutsätter ändå inte total frihet från auktoritet. Inom överskådlig framtid måste auktoritetsfunktionen bestå, både i förhållande till omvärlden och beträffande det terapeutiska och juridiska ansvaret. (Det är dock en avgörande skillnad mellan auktoritet och ett auktoritärt ledarskap). Graden av personalens deltagande är omvänt relaterat till ''patienternas'' funktionsnivå. Den aktiva och passiva sidan av ledarrollen kompletterar varandra beroende på hur situationen för tillfället ser ut. Vid för institutionen kritiska händelser, då t ex hela verksamheten äventyras, måste personalen agera mera självständigt och använda sig av sin latenta maktställning.

2. *Frivillighet:* Om frivilligheten kan sammanfattningsvis sägas, att inskrivningen till och utskrivningen från ett terapeutiskt samhälle bygger på frivillighet. (Även om personen råkar befinna sig i en tvångssituation – han kan vara dömd, hotad med tvångsvård på alkoholistanstalt, pressad av anhöriga eller arbetsgivare etc – kan man tala om frivillighet så länge den enskilde själv bestämmer att han vill vistas just i det terapeutiska samhället *i konkurrens med vårdapparatens övriga utbud*). Men själva vistelsen i ett terapeutiskt samhälle är förenad med vissa regler och krav som personen – utifrån sina egna förutsättningar – måste försöka uppfylla om han inte vill riskera sitt medlemskap i kollektivet.

5.6 I vilka syften har det terapeutiska samhället använts?

Man behöver inte läsa mycket av det som skrivits om terapeutiska samhällen förrän man ställer sig frågor som: Syftar det terapeutiska samhället till ''anpassning'' eller till ''medvetandegörande'' och ''frigörelse''? Vill man eller vill man inte arbeta för förändringar i samhället i stort? Olika författare och debattörer intar helt olika ståndpunkter.

Försöker man bena ut de här problemen lite grann finner man att det terapeutiska samhället har använts i framför allt två olika syften:

1. *''Bot'' och anpassning:* Mot bakgrund av vetskapen att traditionell anstaltsvård oftast är direkt skadlig, har man velat skapa en behandlingsform som är mindre skadlig, mer demokratisk, humanitär och effektiv. Man

utgår från det rådande samhällssystemet som något givet och odiskutabelt. (Se not 5:2).

– Målet blir att minska institutionsskador och att återanpassa individen – att återställa tidigare anpassningsnivå. De individuella målen uttrycks ofta i termer som ''rehabilitering'', ''resocialisering'' osv.

– Den mellanmänskliga nivån används inom behandlingen endast som ett medel att ge individen självförtroende och ökad kunskap om hur han fungerar bland andra människor. Målet är även här anpassning och konformitet.

– Den samhälleliga nivån innebär att individen skall fungera socialt sett, kunna utföra alla de roller som samhället kräver.

– Observera tonvikten på individen som sådan; man är egentligen individcentrerad på alla nivåer. Det sagda förstås lättare om det ställs i relation till:

2. *''Frigörelse'' och utveckling:* Man utgår från behov av genomgripande samhällsförändringar.

– Målet blir på individplanet självförverkligande, mognad och att skapa en handlingsberedskap hos individen för att kunna förändra sin livssituation.

– På den mellanmänskliga nivån ser vi mål som samverkan, solidaritet, gemenskap. Detta avser inte att leda till konformitet, utan innebär ett nytt sätt att leva, som bl a ger människor större möjligheter att ställa krav.

– På den samhälleliga nivån ser vi målet att individen i samverkan med andra människor skall kunna kräva förändring av sin egen situation och andras.

– Här har man velat ge människor möjlighet att utveckla sina inneboende resurser på alla nivåer.

5.7 Kommentar

De båda syftena vilar på olika uppfattningar om människa och samhälle m m och får skilda konsekvenser för behandlingen. I Jenner m fl (1976) ägnas ganska mycket utrymme åt den här problematiken, och intresserade hänvisas dit. Här skall bara göras några allmänna kommentarer. I *bilaga 1* återges det förklaringsschema som ligger till grund för resonemangen i den nyss nämnda boken.

Bot och anpassning hör samman med en statisk samhällsuppfattning. Samhället beskrivs som en organism (jfr termen ''samhällskropp''). Denna uppfattning innebär också ett slags resignation inför möjligheterna att förändra yttre villkor. Frigörelse och utveckling hör samman med en ''polariserad'' samhällsuppfattning, dvs samhället är uppbyggt på intressemotsätt-

ning och utvecklingen sker dialektiskt. Går man till människosynen styrs människan i det första fallet av konstanta krafter som inte kan förändras – hon är passiv och orsaksbestämd. I det andra fallet uppfattas hon som aktiv och målinriktad. De båda synsätten får skilda konsekvenser för den terapeutiska hållningen och för hur man kommer att betrakta ''patienten''. Med en passiv människosyn blir det ett opersonligt jag–det förhållande. Terapeuten får rollen av expert och ''patienten'' blir lätt ett objekt som skall ''repareras''. Med en aktiv människosyn blir det ett personligt jag–du förhållande. Terapin blir ett möte mellan människor.

Det skall slutligen framhållas att ett terapeutiskt samhälle i de allra flesta fall inte är något ''antingen–eller'' – som hittills antytts – utan snarare ett ''både–och''. Målen är t ex sällan helt entydigt uttalade i riktning mot det som här kallats anpassning resp utveckling. Även då målsättningen är uttryckt i termer av utveckling ingår ofta rehabilitering och andra ''anpassnings''-kriterier som inte närmare specificerade delmål. Ett visst mått av anpassning till samhället anses nödvändig även här för att man på ett adekvat sätt skall kunna kräva förändring. Men tyngdpunkten är helt annan än där det huvudsakliga syftet är anpassning. Avsikten här har varit att visa på två ytterligheter – och dessa har framställts i sina mest renodlade (''ideala'') former.

Kapitel 6

Studie av Hindbyhemmet

Studien av Hindbyhemmet är ett försök att tillämpa den forskningsstrategi och det perspektiv, som diskuterades i kapitlen 3 och 4, i praktisk forskning på en behandlingsinstitution. I korthet går studien ut på att kartlägga behandlingen vid Hindbyhemmet och dess förutsättningar och att evaluera mot den målsättning som har formulerats för verksamheten. Intresset är inte i första hand inriktat på att försöka besvara frågan ''Är behandlingen på Hindby effektiv?'' – men att diskutera frågeställningen ''Vilka effekter har behandlingen på Hindby för vilka personer under vilka förhållanden?''

Tyngdpunkten i följande framställning ligger på undersökningens uppläggning och genomförande. Av resultaten kommer endast att ges summariska beskrivningar. För en fylligare redovisning av undersökningsresultaten hänvisas till Jenner m fl (1977 a och b).

6.1 Allmän översikt

En behandlingsprocess kan ses som analog med en pedagogisk process och kan följaktligen också analyseras med hjälp av de systemmodeller som den moderna utbildningsforskningen arbetar med (Stensmo 1972, sid 5). Till grund för hindbystudien ligger en modell som utvecklats av Glaser (1962). Enligt denna modell sönderfaller den pedagogiska processen i fyra komponenter eller delar. Med vissa modifikationer ser modellen ut på följande sätt:

A. Målkomponenter, innefattande övergripande mål och specifika mål. Till övergripande mål räknas här lagstiftning och generella socialpolitiska riktlinjer. De specifika målen är de mål som gäller speciellt för Hindby.

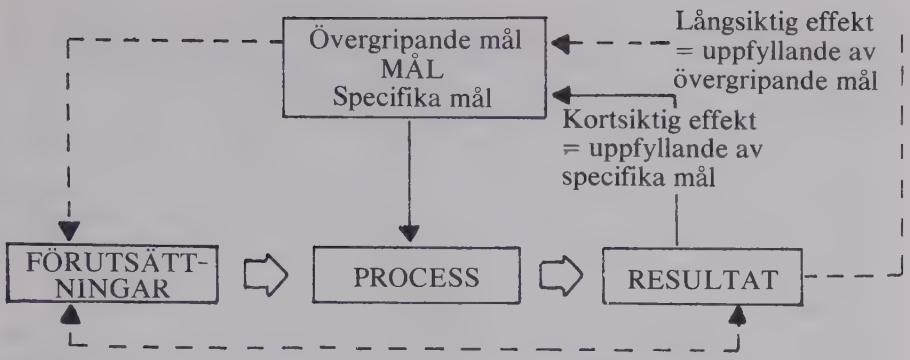
B. Förutsättningskomponenter, innefattande organisations- och individfaktorer. Till organisationsfaktorer räknas här organisationen på Hindby i form av ramfaktorer (läge, lokaler, antal vårdplatser, ekonomi), beslutshierarki, behandlingsprogram och aktivitetsutbud. Hit räknas även faktorer i samhället som påverkar behandlingsresultaten (arbetsmarknads- och bostadsförhållanden m m). Till individfaktorer räknas *dels* personalens resur-

ser i form av attityder, utbildning och arbetserfarenhet m m, *dels* gästernas/patienternas ''totala'' livssituation, dvs social bakgrund, grad av missbruk, självuppfattning, motivation m m. (En utgångspunkt här är att missbruk främst bör ses som en social avvikelse, där individens personlighet, förhållanden i närmiljön och sociala förhållanden i stort samverkar).

C. Processkomponenter, innefattande de faktorer som kan hänföras till den påverkan på en individ som sker i syfte att förändra dennes upplevelser och beteenden i den riktning som anges av målen. Här blir det fråga om att kartlägga behandlingens faktiska innehåll och utformning. *För det första* för att göra det möjligt att bedöma sambandet mellan processen och resultatet. Resultatet är inte avhängigt enbart av processen, men en ingående kännedom om processen är nödvändig för en analys av resultatet. (En person som vistats på Hindby under ett ''dåligt'' klimat har ju – i princip – deltagit i en annan behandling än en person som vistats där under ett ''bra'' klimat). *För det andra* för att skaffa underlag för en bedömning av huruvida Hindby är ett terapeutiskt samhälle. (Hur går man i praktiken till väga för att uppfylla behandlingsmålen? Föreligger exempelvis dolda målsättningar, oförenliga med de uttalade målen? Hur förmår man tillvarata de förutsättningar som står till buds vad gäller organisation, personalmässiga och materiella resurser?).

D. Resultatkomponenter, innefattande både korttids- och långtidseffekter. Långsiktiga effekter har att göra med uppfyllandet av långsiktiga eller övergripande mål, kortsiktiga effekter har att göra med uppfyllandet av kortsiktiga eller specifika mål. I undersökningen berörs endast helt ytligt de långsiktiga effekterna av verksamheten på Hindby. Tonvikten ligger vid mätning av de kortsiktiga effekterna. Denna ''mätning'' är i princip en jämförelse av individens livssituation tolv månader efter behandlingen jämfört med hur den var vid inskrivningen. Försök görs också att bestämma om skillnader ifråga om behandlingsresultat beror på olika förutsättningar i form av olika individuella bakgrundsförhållanden eller på processfaktorer. Vidare görs en speciell analys av orsakerna till att personer lämnar Hindby utan att ha fullföljt behandlingsprogrammet.

Mål-, förutsättnings-, process- och resultatkomponenterna står i ett dynamiskt förhållande till varandra i ett system med inbyggd återkoppling/feedback. De olika delmomenten i undersökningen och förhållandena mellan dem illustreras i *figur 6:1*.



Figur 6:1 En grundmodell för evaluering av pedagogiska och terapeutiska åtgärder.

6.2 Datainsamlingen

Insamlandet av data skedde i två etapper:

- juli 1973 – juni 1974; för- och efterprövningar av gästerna, intervju- och enkätundersökningar av personalen, studium av behandlingen; fortsättningsvis kallat ''undersökningsåret'';
- juli 1974 – juli 1975; uppföljning av gästerna; fortsättningsvis kallat ''uppföljningsåret''.

De datainsamlingsmetoder som användes är:

- litteraturstudier,
- intervjuer,
- enkäter och frågeformulär,
- insamlande av vissa registeruppgifter,
- insamlande av tillgängliga data på Hindby,
- deltagande observation.

Intervju-, enkät- och frågeformulären återges i Jenner m fl (1977 b).

För överskådlighetens skull kan datainsamlingen uppdelas i tio olika moment:

1. Litteraturstudier = del av målanalysen samt av förutsättningsanalysen. Förutom litteratur om drogmissbruk, avvikarproblematiken och psykoterapi, omfattar studierna offentliga utredningar och annan litteratur om arbetsmarknads-, bostads- och socialpolitik. Dessutom har material om Hindbys mål och behandlingsprinciper, ramfaktorer och organisation använts.

2. Gäster: förprövning vid inskrivningen = del av förutsättningsanalysen och fastställande av ''bas-linjer''. I samband med inskrivningen fick gästerna en kort skriftlig presentation av undersökningen och också muntlig information. Senast 14 dagar efter inskrivningen skedde en omfattande intervju (benämnd T 1-intervju) med syfte att kartlägga livssituationen. Intervjun utfördes enligt ett på förhand uppgjort formulär. Detta upptar ett 100-tal frågor med mestadels obundna svarsalternativ. Dels kartlades olika bakgrundsvariabler såsom barndom och uppväxt, studie- och arbetsbakgrund, familjebakgrund (äktenskap och barn), missbruksbild (se not 6:1), tidigare erfarenhet av traditionella resp miljöterapeutiska institutioner och reell

frivillighet vad gäller ansökan till Hindby. Dels kartlades hur den aktuella situationen såg ut ifråga om symtom (grad och art av missbruk), hälsovariabler (hälsa och kostvanor), socioekonomiska variabler (bostad, arbete/studier, ekonomi, fritidssysselsättningar, politiska resurser), sociala relationsvariabler (kvantitet och kvalitet i de sociala relationerna), övriga variabler (attityder till behandlingen och aktuell problematik).

I samband med intervjun ombads personen även att i ett frågeschema (benämnt Självbeskrivning) pricka för ett av fyra alternativ angående hur han/hon ''känner sig just nu''. Frågorna (sammanlagt 27 st) rör sig kring hälsa, missbruk, trivsel, kamrater och Hindby.

Därutöver studerades olika psykologiska variabler på följande sätt:

Varje person fick fylla i ett formulär (benämnt Frågeformulär) med ett 40-tal frågor, uppdelade på sju variabler, som tillsammans ger en bild av personen i olika hänseenden. Dessa variabler är: koncentration, ängslan, kontaktbenägenhet/emotionell öppenhet, självkänsla/självförtroende, sinnesstämning, rigiditet, kortsiktigt handlande. Vidare fick varje person besvara två frågor avsedda att – med anknytning till Carl Rogers' personlighetsteori – mäta eventuell inkongruens (bristande överensstämmelse) i självupplevelsen. Huvudsyftet med terapi är enligt Rogers självaccepterande (se t ex Rogers 1961, 1974), dvs att överensstämmelsen mellan hur individen upplever sig själv och hur han/hon egentligen skulle vilja vara skall bli allt större. Följande frågor ställdes:

a. Jaguppfattning; ''Om du skulle beskriva dig själv, hur tycker du att du är, vilka positiva sidor har du, vilka negativa sidor har du?''

b. Önske- eller idealjag; ''Om du skulle beskriva dig själv såsom du skulle vilja vara, hur skulle du då vilja vara?''

Efter prövningen noterades ip:s uppfattning om det hela och hur kontakten mellan intervjuaren och intervjupersonen utvecklades. (Detsamma skedde efter utskrivningsintervjun och efter uppföljningen).

3. Gäster: enkät ungefär 1 gång per månad = del av resultatanalysen. Varje gäst fick fylla i ''Självbeskrivningen''. Avsikten var att skaffa underlag för beskrivning av den process mot förändring av individens situation som behandlingen kan inleda eller förstärka.

4. Gäster: efterprövning vid utskrivningen = del av resultatanalysen. Vid utskrivningen gjordes en intervju (benämnd T 2-intervju) med syfte att kartlägga individens livssituation, synpunkter på och erfarenheter av Hindby. Även denna intervju skedde enligt ett på förhand uppgjort formulär. Vad gäller livssituationen var många frågor identiska med dem som ställdes i T 1-intervjun. Detta för att få en bild av gästens utveckling. Efter intervjun fick gästen återigen fylla i självbeskrivningen och frågeformulären samt besvara frågorna om självupplevelse. Det kan påpekas att efterprövningen inte intar någon självständig ställning i undersökningen – på samma sätt som förprövningen och uppföljningen. Avsikten var framför allt att få information för beskrivning av själva processen mot förändring av individens situation.

5. Gäster: uppföljning efter tolv månader = del av resultatanalysen. I uppföljningen ingick en intervju (benämnd T 3-intervju) med tonvikt lagd på personens livssituation och syn på framtiden. Även denna intervju skedde enligt ett på förhand uppgjort formulär och även denna hade många frågor identiska med T 1-intervjun. Även vid uppföljningen fick personen fylla i självbeskrivningen och frågeformuläret och besvara frågorna om självupplevelse.

6. Gäster: insamlande av registeruppgifter = del av förutsättningsanalysen och resultatanalysen. Insamlandet av registeruppgifter skedde i avsikten att bredda kartläggningen av undersökningspersonernas livssituation. De register som utnyttjats är: kommunernas socialregister, Kriminalregistret, Riksskatteverkets straffregister, länens försäkringskassors register.

7. Gäster: insamlande av uppgifter om ''drop-outs'' = del av resultatanalysen. I avsikt att skaffa underlag för en analys av orsakerna till att personer lämnade Hindby utan att ha fullföljt behandlingsprogrammet skedde ostrukturerade intervjuer, samtal med gruppledare och kamrater för att klarlägga den utlösande faktorn till att personen ifråga lämnat Hindby.

8. Personal: intervjuer = del av förutsättningsanalysen. I början av undersökningsåret intervjuades behandlingspersonalen, köks- och administrativa personalen om studie- och yrkesbakgrund, upplevt utbildningsbehov, motiven för anställning, synpunkter på behandlingen på Hindby och på personalrollen m m. Samtliga intervjuer utfördes i form av enskild intervju enligt ett på förhand uppgjort formulär. Med tanke på föreståndarens speciella position blev han föremål för en särskild intervju. Denna rörde sig dels kring frågor om ideologi och ledarroll, dels kring frågor med direkt anknytning till behandlingen på Hindby. En del intervjufrågor var identiska med frågor som ställdes i övriga personalintervjuer, för att ge möjligheter till jämförelser.

9. Personal: enkäter ungefär var sjätte månad = del av förutsättningsanalysen. Två gånger under undersökningsåret genomfördes enkätundersökningar. Syftet med dessa var att följa upp vad som framkommit i intervjuerna för att få fram eventuella förändringar vad gäller uppfattning i olika frågor, utbildningssituation m m (och därmed förändringar vad gäller personalens förutsättningar). Valet av enkätmetoden gjordes av tidsskäl. En nackdel med enkät är att den ger begränsad informationsmängd per tillfrågad person i jämförelse med intervju. Den ger små möjligheter till mer omfattande framställningar. I en intervju kan intervjuaren stimulera intervjupersonen till att lämna mycket och detaljerad information. Men en nackdel med intervju är att den är relativt tidskrävande.

10. Studium av behandlingen = del av processanalysen. Insamlingen av data skedde främst genom deltagande observation under ett års tid. Deltagande observation är en metod som har visat sig särskilt lämplig vid institutionsforskning (Sundin 1970, sid 83). Den har använts ofta, bl a av Goffman (1961) i ett numera klassiskt arbete. Den deltagande observationen möjliggjordes i det här fallet genom att vi i forskargruppen deltog i livet på Hindby som medlemmar i kollektivet. (Se not 6:2.) Observationerna dokumenterades genom en noggrant förd ''fältdagbok''. (Under alla schemalagda möten och aktiviteter och efter varje ''krismöte'' gjordes anteckningar om vad som tilldragit sig, vilka som sagt vad etc. Dessutom utnyttjades de data som normalt finns tillgängliga på Hindby – sjuksköterskans anteckningar, bl a om medicinförbrukning, protokoll från samtalsgrupper och stormöten, förteckningar över studiebesök m m. En del information inhämtades från enkäterna till gästerna och T 2-intervjuerna). Deltagarobservation kräver dock (i kanske högre grad än andra metoder av datainsamling) en teori för att man inte skall föras vilse i mängden av information. Som plattform och mall för observationerna användes en för hindbystudiens ändamål reviderad version av Rapoports (1960) modell för analys av sociala processer.

6.3 Intervju- och attitydformulärens konstruktion

Konstruktionen av frågor var ett omfattande arbete med ett otal förslag, vilka omarbetades, förkastades eller behölls. Vad gäller det intervjuformulär som användes vid förprövningen av gästerna och ifråga om attitydformuläret ''självbeskrivning'' var dock de formulär som användes för undersökningen ''Hemlösa män i Stockholm'' (Norman & Schulze 1970) till god hjälp. Särskilt ''självbeskrivningen'' är en utvidgad version av det schema som användes i denna undersökning. Till stor nytta har även primärmaterialet för utredningen ''Att leva på samhällets botten'' (Grosin & Norman 1974) varit. Många av de frågor som användes i hindbystudien är identiska med dem som användes av Grosin & Norman, vilket ger möjligheter till jämförelser. (Vi kan t ex se om gästerna på Hindby utgör en ''elitgrupp'' i olika avseenden eller om de har drag gemensamma med de verkligt utslagna personer som ingår i ''Att leva på samhällets botten''). Intervjufrågorna har mestadels obundna svarsalternativ. Nackdelarna med detta förfarande, t ex svårigheterna och extraarbetet vid kodningen etc, bedömdes väl övervägas av fördelarna. Till fördelarna hör exempelvis att man inte ''sätter munkavel'' på intervjupersonen, man har möjligheter att få rikhaltig information.

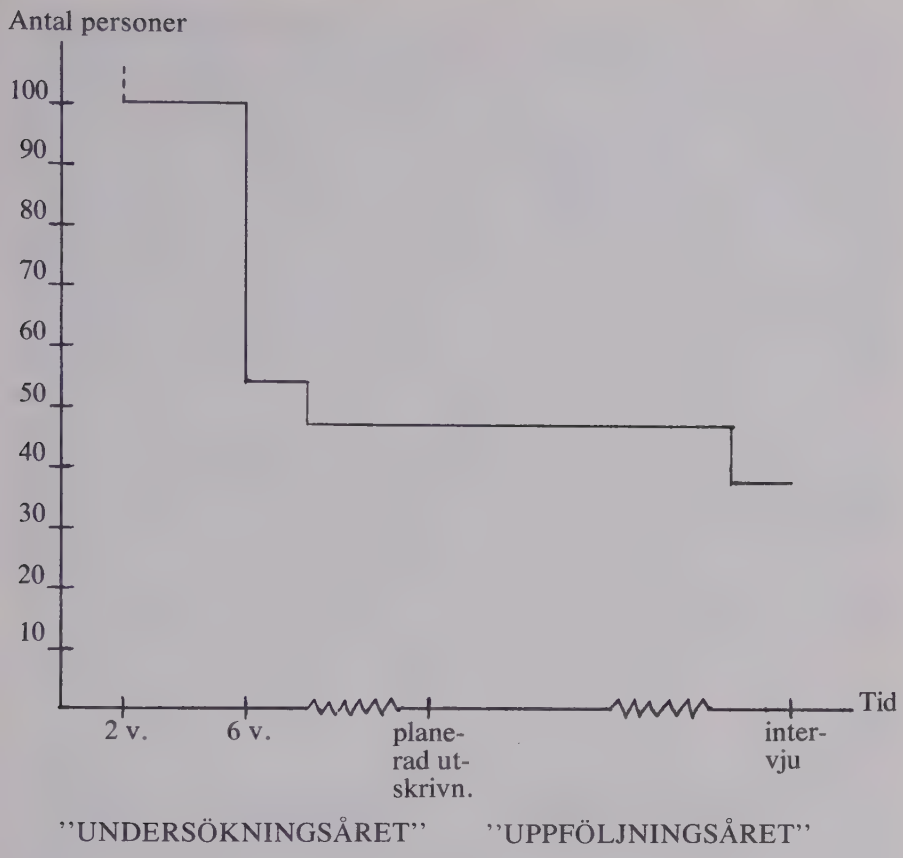
Konstruktionen av det s k Frågeformuläret föregicks av en inventering av befintliga attitydskalor och psykoterapeutiska mätinstrument. De krav som uppställdes var:

att instrumentet ensamt kunde mäta det som var av intresse i undersökningen.
att det fanns att tillgå på svenska (våren 1973),
att det var enkelt att administrera, bearbeta och utvärdera
att testtiden var kort (mindre än 1/2-timme).

Alla de instrument som gicks igenom föll på åtminstone något av de här kraven. Det framstod som nödvändigt att konstruera ett särskilt instrument. Det formulär som konstruerades har som utgångspunkt de kriterier, vilka Rogers (1971) formulerat beträffande en helt och fullt fungerande människa (och vilka sammanfaller med flera av de psykologiska behandlingsmål som finns på Hindby). I korthet menar Rogers att en helt och fullt fungerande människa kännetecknas av öppenhet gentemot egna upplevelser och omgivningen, självförtroende och rationellt/målinriktat handlande mot de mål som individen har ställt upp.

Formuläret är inte standardiserat, vilket kanske kan synas vara en brist. (Med ett standardiserat instrument vet man ju bl a vad som är ett ''normalt'' resultat). En standardisering behöver emellertid inte anses nödvändig, eftersom formuläret inte användes i diagnostiskt syfte och inga jämförelser gjordes mellan undersökningspersonernas resultat och en bestämd population. Beträffande validiteten eftersträvades en så god ''face validity''/innehållsvaliditet som möjligt. (God innehållsvaliditet söker man som bekant åstadkomma genom att noga välja ut de uppgifter som skall ingå i instrumentet. Detta urval kan t ex ske genom att ett antal experter på området tillfrågas. Man använder sig dock inte av statistiska undersökningar och kan därför inte ge något kvantiativt mått på validiteten). En prövning av formulärets innehållsvaliditet utfördes i samverkan med bl a den referensgrupp som i Malmö var knuten till projektet.

För att pröva användbarheten av samtliga formulär som konstruerats för undersökningen utfördes provintervjuer med ett 10-tal personer. Efter varje sådan intervju



Figur 6:2. Attritionskurva för hindbystudien.

noterades reaktioner, frågor och synpunkter kring formulären, liksom tiden. Dessa provintervjuer låg sedan till grund för ytterligare omarbetningar och förbättringar av formulären.

6.4 Undersökningspopulation

Ett sätt att illustrera urvalet av undersökningspersoner är att göra det i enlighet med en ''attritionskurva'' (Eriksson & Frykholm 1977, se not 6:3), dvs en kurva som återger hur många personer som finns kvar i programmet vid olika tidpunkter. (Se *figur 6:2.)* De personer som berörs av undersökningen är de som blev inskrivna *och* utskrivna under undersökningsåret (dvs medan studiet av processen pågick), och som vistades på Hindby i mer än

två veckor (en ''administrativ'' tidsgräns, uppsatt av praktiska skäl). Sammanlagt rör det sig om 100 personer. Den huvudregel som uppställdes för att en person skulle ingå i själva undersökningsgruppen var att han/hon deltagit i behandling – och då fram till en planerad utskrivning. Som en ''tumregel'' uppsattes en nedre tidsgräns på sex veckor. (Den är inte godtyckligt satt, utan grundar sig på personalens erfarenheter. Under de första veckorna sker egentligen ingen behandling. Då rör det sig mest om introduktion/motivationsarbete). 46 personer vistades på Hindby 2–6 veckor. Dessa kallas i undersökningen för ''drop-outs''. Till ''drop-out-gruppen'' har i undersökningen även förts en grupp på sju personer, vilka visserligen vistades på Hindby mer än sex veckor, men som – i likhet med övriga ''drop-outs'' och till skillnad från undersökningsgruppen – plötsligt försvann från Hindby utan att ha fullföljt behandlingsprogrammet. Att hänföra dem till ''drop-out-gruppen'' innebar ett avsteg från ''sexveckorsregeln'', dock inte från den huvudsakliga urvalsprincipen. I ''drop-out-gruppen'' ingår således sammanlagt 53 personer; i undersökningsgruppen 47 personer. I uppföljningsgruppen, dvs den grupp, som blev föremål för intervjuer tolv månader efter behandling, ingår 38 personer. (En person avled under uppföljningsåret. Åtta personer kunde trots ihärdiga försök inte nås för intervju inom den tidsram som gällde för undersökningen. Bortfallet är således 8 av 46 = 17 %).

Man brukar vid intervju- och enkätundersökningar få räkna med ett visst bortfall. Det kan dock nedbringas om de tillfrågade har en positiv attityd till undersökningens mål. I strategin för datainsamlingen ingick att hela tiden spela med ''öppna kort''. Särskilt när undersökningen ''introducerades'' på Hindby ägnades ganska mycket tid åt att noggrant klargöra syfte och metodik etc – att ''avmystifiera'' undersökningen. Att detta förfarande var fruktbringande visar sig i att det under undersökningens gång aldrig uppträdde några ''vägrare''. Bortfallet 17 % kan betraktas som ganska normalt för en undersökning av det här slaget. Costello (1975) har granskat 58 ettårsuppföljningar av alkoholmissbrukare, bl a med avseende på bortfallsfrekvensen. I 30/58 studier var bortfallet mer än 17 % (21–37 %). I 28/58 studier var bortfallet mindre än 17 % (5–10 %). Tre svenska undersökningar kan nämnas i det här sammanhanget: Grosin & Norman (1974) hade ett bortfall på 26 % och Thureson (1974) redovisar ett bortfall på intervjudelen av sin undersökning på 35 %. Unik är den undersökning som nyligen genomförts av Lindberg & Ramström (1978), där bortfallet är 9 %.

6.5 Hindbyhemmets mål och organisation

Hindbyhemmet är formellt en enskild vårdanstalt för alkoholmissbrukare. Det drivs av Malmö socialförvaltning och är en del av förvaltningens samlade resurser inom nykterhets- och narkomanvården. Det är ett kombinerat behandlings- och inackorderingshem med dagverksamhet och är öppet för både män och kvinnor med missbruksproblem. Det är beläget i ett villaområde strax utanför Malmö centrum. Behandlingsdelen omfattar 30 platser i enkelrum. Inackorderingsdelen har 20 platser och i dagverksamheten har man möjlighet att ta emot 20 personer. (De som deltar i dagverksamheten är bosatta utanför Hindby, inackorderingens gäster bor på Hindby, men arbetar utanför).

Till Hindbyhemmets övergripande mål hör de riktlinjer som Malmö socialförvaltning formulerat för den sociala verksamheten. Betoningen ligger bl a på demokrati, frivillighet, vidareutvecklad helhetssyn på uppkomsten och behandlingen av sociala störningar och problem samt vidareutvecklad samverkan med andra samhällsorgan, folkbildningsorganisationer etc.

Behandlingen på Hindby sker utifrån principerna om det terapeutiska samhället, vilket bl a innebär att man eftersträvar öppen kommunikation, demokrati, frivillighet och kontakt utåt samhället. (Se kapitel 5). En annan viktig princip är den om drog- och medicinfrihet, vilket bl a innebär att sömn- och lugnande mediciner inte får förekomma. Problem och känslor skall tillåtas komma fram för att bli genomarbetade. Vägledande för arbetet på Hindby är synen på missbruk. Missbruket ses inte som ''sjukdom'' utan som en reaktion på en ofta mycket problemfylld livssituation.

Målet för behandlingen är följaktligen inte enbart frihet från symtomet missbruk, utan att förändra individens totala livssituation. Mer konkret handlar det om att individen efter behandlingen skall

– vara fri från missbruk,

– vara i god fysisk och psykisk kondition och i möjligaste mån fri från medicin,

– ha ordnad bostad, ordnat arbete/studier, ordnad ekonomi, meningsfull fritid och ökade politiska resurser,

– ha goda relationer till anhöriga eller andra närstående personer och ökad förmåga till samverkan och solidaritet,

– ha ökad självkänsla, självaccepterande, ökad förmåga till emotionell öppenhet och kontakt och ökad förmåga att ta ansvar för sig själv och andra.

Tanken med behandlingen är att individen skall ges möjlighet att starta den utveckling som leder till att han/hon, utifrån sina egna förutsättningar, kommer till insikt om de problem som ligger bakom missbruket och lär sig

bearbeta dem konstruktivt, för att på så sätt aktivt kunna påverka sin situation ute i samhället. Det finns också en tanke om att behandlingen skall vara en ''hjälp till självhjälp''. Man vill utveckla människors egna resurser.

Hela verksamheten är knuten till olika gruppaktiviteter, dels storforum och stormöten, där hela kollektivet är samlat, dels i form av smågrupper. Storforum samlas 2–3 timmar varje dag.Här diskuteras allt som hänt och vad som skall hända. Man talar också om gemensamma och enskildas problem. Stormötet, som samlas 1 gång i veckan, är det högsta beslutande organet. Varje gäst ingår också i en liten grupp bestående av cirka 6 gäster och 2 gruppledare. Här bedrivs gruppterapi/gruppsamtal (se not 6:4) utifrån rogeriansk teori. Man ges chans att öppet och utan tvång bearbeta personliga problem och konflikter. Gruppen skall också bedriva socialt planeringsarbete, där gruppmedlemmarna skall stimuleras till att ta ansvar för sin sociala och ekonomiska planering. Vidare ansvarar grupperna för praktiskt arbete – städning, köksverksamhet, jourverksamhet på institutionen. I alla dessa aktiviteter betonas samverkan. I behandlingsutbudet ingår också psykodramaövningar, kontaktövningar, fysisk träning och fritidsverksamhet.

Personalen har dagliga personalmöten, intern personalutbildning samt en egen varje vecka återkommande terapigrupp.

6.6 Personalens resurser

Behandlingen på Hindby är inte bara beroende av mål och organisation utan även av personalens studie- och yrkesbakgrund och uppfattningar i olika frågor. Det visar sig att personalen på Hindby är ganska väl rustad i olika avseenden. Vad gäller utbildningsfrågan efterlyser personalen mer utbildning. Trots det kan man notera att det finns en avsevärd ''mängd'' kunskaper och erfarenheter samlad hos personalen. För övrigt kan bristerna i utbildning – åtminstone till en del – uppvägas av motiven för anställning. Så gott som samtliga har sökt anställning på Hindby emedan de sett Hindby som ett positivt och meningsfullt alternativ – vilket talar för en vilja att aktivt gå in i arbetet och på bästa sätt utnyttja sina kunskaper och erfarenheter.

Personalens attityder och värderingar samt synen på olika behandlingsmoment tyder på att behandlingen kan bedrivas med en viss konsekvens och enhetlighet. Det finns avvikande meningar, men en övervägande del av personalen har härvidlag förutsättningar att fungera i enlighet med den uttalade målsättningen.

I den intervju som gjordes med föreståndaren framkom inga avgörande skillnader beträffande ideologi och målsättning mellan föreståndarens upp-

fattningar och majoritetens av personalen. Inte heller beträffande de olika gruppernas och aktiviteternas respektive syften. (Man kan dock notera att föreståndaren i högre grad betonade betydelsen av storforum, som han ansåg vara ''det viktigaste terapeutiska instrumentet på en miljöterapeutisk institution'', dvs viktigare än samtalsgrupperna). Beträffande rollen som föreståndare kan ett svar vara värt att citera. Frågan gällde föreståndarens roll som ''karismatisk'' ledare på Hindby, om han upplevt detta och vad han i så fall ansåg om dess inverkan på idén om medbestämmande och medansvar för alla:

''Det är ett problem. Jag går ofta ut med min entusiasm och jag har också, tror jag, skaffat mig ett ganska stort mått av livserfarenhet. Men jag vill alltså inte ha någon personkult. Jag vill att man skall ha tilltro till mig och att man skall veta det, att hur jobbigt och marigt det än är, så finns jag där också som en i kollektivet – även om jag kanske för tillfället är den som har mest kunskap och erfarenhet av det som det gäller. Men jag upplever som sagt de här starka förväntningarna på mig, och då ofta som ett problem. Fast ibland – det skall jag lugnt erkänna – använder jag mig också av dem, eftersom de finns där. Men att det är en risk med dem, den saken är klar.''

6.7 ''Patienternas'' förutsättningar

Ibland påstås att ''patienterna'' i terapeutiska samhällen utgör en ''elitgrupp'' i olika avseenden. Man menar att de svåra fallen aldrig ges en chans. Denna bild överensstämmer emellertid inte med verkligheten på Hindby.

Ofta har man vuxit upp under svåra sociala förhållanden och visat ''anpassningsproblem'' redan under skoltiden. Man har haft missbruksproblem sedan länge och är av samhället definierade missbrukare. (Nästan undantagslöst handlar det om *alkohol- och blandmissbruk*.) Flertalet har en kriminell belastning. Hälsan är dålig och sjukskrivningstalet är högt. Man har ofta egen bostad, men saknar arbete och har ekonomiska skulder. Man är ofta skild och lever ensam vid inskrivningstillfället.

Man är missnöjd med det sociala umgänge som man har. Man har i dagsläget en torftigare fritidssituation än tidigare i livet. Vad gäller politiska resurser kan noteras att kontakten med facklig verksamhet upphört för de flesta. I övrigt framkommer inga särskilt extrema förhållanden. Möjligheterna att förändra sin livssituation anser de flesta vara stora eller ganska stora. De flesta har sökt till Hindby på eget initiativ, och har speciella förväntningar på behandlingen. (Ungefär 20 % av personerna väntar sig inte någonting av behandlingen på Hindby, eftersom man inte vet vad den går ut på). De allra flesta är oroliga, slutna och nedstämda människor som upplever sig värdelösa och misslyckade.

De jämförelser som gjorts med en normalgrupp enligt *Låginkomstutredningen* och med gruppen ''yngre hemlösa män i Stockholm'', som intervjuats i undersökningen *Att leva på samhällets botten* (Grosin & Norman 1974), visar att undersökningspersonerna har det klart sämre än en normalgrupp och att deras utgångsläge i ett flertal avseenden ligger nära vad som gäller för den riktigt utslagna gruppen i Stockholm.

6.8 Om förhållanden i samhället

När man söker utröna vilka effekter en sådan behandling som den som bedrivs på Hindby har, så måste man hålla i minnet att det finns faktorer i samhället som, vid sidan av själva behandlingen, påverkar utgången. Till exempel de negativa attityderna till avvikare, förhållandena på arbetsmarknaden och segregationen på bostadsmarknaden. Även om betydelsen av dessa faktorer är omöjlig att exakt precisera, torde det stå klart att de skapar särskilda problem. Även om en person genom behandlingen på Hindby har kommit en bit närmare en positiv syn på sig själv som människa, har han att föra en kamp mot de negativa föreställningar som andra har om honom. (''Alkoholisten är karaktärslös, narkomanen notoriskt opålitlig och den som en gång dömts för stöld är för alltid tjuv'', är attityder han kan möta). Gästerna har alltså många ''odds'' emot sig när de lämnar Hindby. I det här sammanhanget kan också noteras att arbetsmarknaden i Malmöregionen under uppföljningsåret kännetecknades av synnerligen hård konkurrens – det var många sökande till varje ledigt jobb, både vad gäller kvalificerade och okvalificerade arbeten. Vad gäller bostadsförhållandena kan noteras att förhållandena i Malmö är bättre än på många andra håll i landet. Fortfarande blir dock många av nykterhetsvårdens klienter direkt eller indirekt hänvisade till vissa speciella bostäder (inackorderingshem, AMS-baracker) eller speciella bostadsområden (nybyggda ytterområden).

6.9 Analys av processen

6.9.1 En modell för analys av sociala processer

Som tidigare nämnts, användes vid processanalysen (studiet av verksamheten) en för hindbyundersökningens ändamål reviderad version av Rapoports (1960) modell för analys av sociala processer.

Rapoport arbetade under en fyraårsperiod med en sociologisk studie över verksamheten på det terapeutiska samhället Henderson Hospital i London. Han upptäckte då att behandlingsklimatet varierade över tid. En period

kunde klimatet vara bra (''A-klimat''), dvs öppet, avslappnat och förtroendefullt. Men efter en tid började klimatet kännetecknas av spänning och misstroende (''B-klimat''). Det blev sedan värre och värre tills spänningen nådde sin kulmen (''C-klimat''). Därefter inträdde ''reparerande krafter'', åtgärder vidtogs för att lösa krisen (''D-klimat'') och klimatet kännetecknades så småningom återigen av öppenhet och förtroende (''A-klimat'').

I det följande skall en mer detaljerad beskrivning ges av Rapoports modell, med tonvikt lagd på det som varit användbart för hindbystudien.

Rapoport beskriver fyra olika sociala processer. En av processerna är oscillation (här översatt till svängning) i den sociala organisationen. Den behandlas som en huvudprocess, som påverkar institutionens funktion på ett genomträngande sätt. De andra tre processerna analyserar Rapoport mot bakgrund av den övergripande svängningsprocessen.

Dessa tre är:

– Variationen i personalens användning av beteckningen ''konstruktiva'' resp ''destruktiva'' handlingar hos institutionens medlemmar. (Se not 6:5.)

– Klickformationer, undergruppsbildningar med understrukturer inom institutionen.

– Parbildningar.

Här nedan kommer betoningen att ligga på en beskrivning av svängningsprocessen. Det är denna som huvudsakligen fokuseras i processanalysen.

Svängningsprocessen har identifierats genom att man observerat regelbundenheter i hur medlemmarna hanterat speciella händelser.

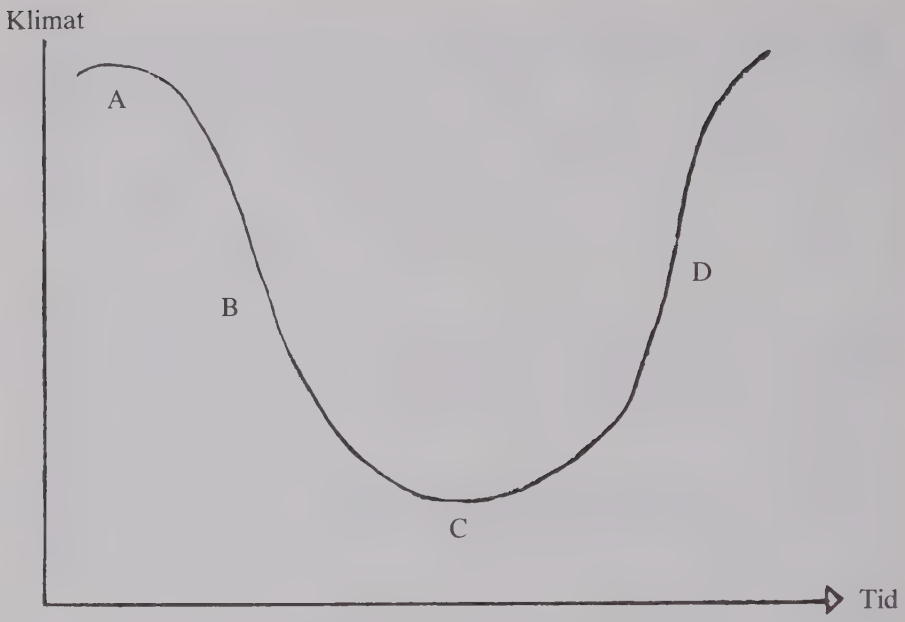
Svängningsprocessen kan ses som en form av social kontroll, menar Rapoport. Medlemmarna i den terapeutiska gemenskapen agerar omedvetet med avsikten att bevara det sociala systemet.

6.9.2 Svängningar i den sociala organisationen

Begreppet social organisation har att göra med relationerna mellan systemets olika medlemmar vid en given tidpunkt. Den perfekta sociala organisationen, som endast finns i teorin, existerar när varje medlem i det sociala systemet hela tiden utför sin sociala roll på ett sådant sätt att allas förväntningar uppfylls. Vid detta jämviktstillstånd fungerar systemet i harmoni och uppnår effektivt de värden och mål som uppsatts.

Total desorganisation, å andra sidan, betyder att den sociala organisationen upphör att existera. Det sker om medlemmarna dör, går in i andra sociala system, när deras motivation upphör eller de agerar på sätt som är skadliga för det sociala systemets överlevnad.

Dessa två beskrivna extremtillstånd kan ses som ändpunkter på ett kontinuum mellan vilka det faktiska systemet fungerar. Olika sociala system varierar beträffande hur de försöker bibehålla en stabil jämvikt mellan dessa extrempunkter. En organisation som det terapeutiska samhället med många socialt splittrade ''patienter'', dess tillåtande ideologi och inneslutna gruppsystem, tycks ge ovanligt starka och varierande svängningar inom det sociala systemet.



Figur 6:3. Behandlingsklimatets svängningsmönster.

Den känslomässiga atmosfären på institutionen varierar vid olika tidpunkter vilket visar sig på olika sätt.

På ett allmänt möte kan t ex ett ifrågasättande av en rutinsak uppfattas som en attack och medlemmarna hamna i försvarsställningar med motattacker etc. Vid en annan tidpunkt kan ett allvarligt och känsloladdat ämne behandlas lugnt och rationellt av alla.

Vidare kan noteras att det finns en stor variation vad gäller närvaro i grupperna, både till antal och kvalitet. Ännu mer slående är olikheterna beträffande hur personalen försöker förverkliga ideologin i praktiken. Vid vissa tillfällen hanteras en given situation mer demokratiskt, tolerant och realistiskt än en liknande situation vid ett annat tillfälle.

Eftersom det verkar omöjligt att finna en enda orsak som förklarar dessa variationer är det också meningslöst att visa hur de är förenade i en allomfattande process.

Det kan därför vara fruktbart, menar Rapoport, att tänka sig en process som svängning. Med det menas en process av vågtoppar och vågdalar i den sociala organisationen – från den perfekta jämvikten till desorganisationen. Denna process kan visa sig i olika styrka från det minsta undersystemet (relationen mellan två personer) till det totala systemet (hela institutionen).

Rapoport gör en beskrivning med tyngdpunkten lagd på den cykliska processen som inbegriper hela institutionen/kollektivet. Detaljerna och inordnandet av företeelserna i processen är antaganden, men har visst stöd i empiri. (Se not 6:6.)

Svängningen kan tänkas variera kring ett basmönster enligt *figur 6:3*.

Fas A:

Vid denna punkt har den sociala organisationen, relativt sett, den största jämvikten och integrationen. Medlemmarna utför sina sociala roller nästan i enlighet med de förväntningar som andra har på dem. Spänningen mellan medlemmarnas handlingar tenderar att överensstämma med de uppsatta idealen. Det ökar inte ångesten hos personalen att de är toleranta, eftersom graden av avvikande beteende som förekommer är litet; och det kan utan svårighet behandlas inom den allmänna behandlingsramen.

Gruppbeslut genomförs mot bakgrund av det sociala systemets bästa. Personalen behöver inte vara orolig att sprida ansvaret för institutionens angelägenheter till hela kollektivet. Samstämmighet i beslut uppnås lätt, det sociala klimatet är ''avslappnat'' och ''förtroendefullt''.

Fas B:

När konstruktiva patienter skriver ut sig och ersätts av nya som är benägna att förstöra sina mellanmänskliga kontakter, börjar desorganisationen att öka. I linje med institutionens ideal tillåts patienterna agera ut sina svårigheter och spänningen ökar. Men de nya patienterna är inte de enda som bidrar till att spänningen ökar. Ibland kan de äldre patienterna som gått igenom fas A uppfatta personalens relativt låga aktivitet som likgiltighet eller som ett avvisande och de börjar då agera på ett avvikande sätt för att bli uppmärksammade.

Spänningar och ångest uppkommer runt alla de händelser som man riktar in sig på. Aggressioner uppstår och förtroendet minskar.

Deltagandet i grupperna blir sämre och kommunikationerna genom de vedertagna kanalerna minskar på grund av rädsla och misstro. Detta sista hinder minskar den spontana informationen som pesonalen litar till för sin egen säkerhetskänsla för att kunna sprida ansvaret till kollektivets medlemmar.

Problemen överskrider allt mer patienternas förmåga att hantera dem och deras förmåga att ta det ansvar som givits dem blir allt mindre.

Patienternas prestige ökar genom demonstration av anti-institutionsvärden, symtomdemonstration (t ex att använda alkohol, narkotika, fysiskt våld). De patienter som intar personalattityder blir negativt sanktionerade.

Personalmedlemmarna ses av patienterna som ''gestaporepresentanter'', ''snokare'' och ''kritiker''.

Fas C:

Spänningen har nu nått sin kulmen. En vändningspunkt måste nås för att institutionens medlemmar skall kunna garanteras säkerhet och institutionens existens säkras.

Vissa karaktäristika i vändningspunkten är bl a

i) Det kommer klagomål utifrån som kan hota institutionens existens. Det kan exempelvis vara klagomål från grannar om vandalisering, från polisen om incidenter på stan, från det större behandlingssystemet och/eller huvudmannen.

ii) Den hotande sociala och personliga desintegrationen kan ta enorma proportioner. En patient försöker begå självmord, en annan börjar visa psykotiska symtom eller liknande. De gemensamma mötena besöks så dåligt och är så ineffektiva att de förorsakar larm från personalen.

I detta stadium har institutionens arbetssätt och principer förlorat sin effektivitet och det blir nödvändigt att sträva efter att återfå organisationen i jämvikt.

När personalen bedömer hotet tillräckligt allvarligt, handlar de styrande oavsett vilka reaktioner de får från kollektivet, för att garantera säkerheten. I dessa situationer åberopar personalen sin latenta auktoritet som de formellt har, men som är mer eller mindre dold när institutionen fungerar efter sina ideal i ''jämlik'' demokrati.

Trenden i denna fas kan också brytas utan att personalen handlar auktoritärt. Det kan ske i situationer när det bland kollektivets medlemmar finns ledare som har modet och orken att ge personalen stöd även om de råkar i ''blåsväder''. Det kan även ske genom oändliga och skarpsinniga tolkningar av personal och ''konstruktiva'' patienter eller genom effektivare ansträngning hos personalen att ta med de extremt avvikande patienterna in i institutionens liv genom informella och icke-auktoritära kontakter.

Fas D:

Reorganisationsfasen tar fart när de ''reparerande'' krafterna sätts in. Utskrivning av destruktiva patienter minskar spänningen.

Andra patienter, som känner skuld i att de misslyckats i sitt ansvar som informella terapeuter eller för att de medvetet medverkat till störningarna som förekommit, känner en stark önskan att reparera skadan.

Även personalen känner skuld för att de avvikit från de ideala principerna och arbetat efter andra. Efter att ha agerat styrande och sänkt samhällelighetsstandarden och demokratiseringssträvandena för att ta itu med vad de ansåg vara verkligt hotfulla problem för systemet i stort, så intensifierar de nu sina ansträngningar att etablera en social situation som återigen tillåter en större grad av tolerans, demokrati och öppenhet.

Genom att ta bort de största sociala irritationsmomenten och återinföra den sociala strukturen, gynnar man betingelserna för en spänningsreduktion. Före detta patientledare känner sig ånyo säkra att prata öppet. Samstämmighet är lättare att uppnå. Deltagandet i institutionens aktiviteter ökar och blir mer konstruktivt.

Fas A i svängningsprocessen nås igen.

Rapoport illustrerar sina iakttagelser kring svängningsprocessen med hjälp av ett schema. För hindbystudiens syften har dock schemat utvidgats och till vissa delar omarbetats. Dels har några punkter konkretiserats, dels har schemat förankrats i:

– den definition av terapeutiskt samhälle, som formulerades i samband med begreppsanalysen,

– Hindbys egna kännetecken som terapeutiskt samhälle. Rapoport studerade Henderson Hospital. Huvudsyftet på Henderson var att träna individen till bättre rollfunktion och att anpassa honom till det rådande samhällsmönstret. Detta överensstämmer dock inte med Hindbys huvudsakliga ideal, som mer ligger i linje med syftet frigörelse och utveckling. (Se not 6:7.)

Med A-klimat menas ett klimat som bl a kännetecknas av samverkan (alla hjälps åt och ställer upp), aktivitet, delat ansvar, öppenhet, gemenskap och sammanhållning, att alla arbetar mot ett gemensamt mål vad gäller behandling och administration och att det totala arbetet syftar till förändring och utveckling. Med B-klimat menas ett klimat som bl a kännetecknas av desorganisation, spänning, minskat deltagande i aktiviteter och mindre av delat ansvar, klickbildningar och ''mygel'', tendenser till skillnader ifråga om målsträvanden och att det totala arbetet är mer ''låst'' (mindre av förändring och utveckling). Med C-klimat menas ett klimat som bl a kännetecknas av hög spänning, klyfta mellan ''elit'' (personal och ledare bland gästerna) och ''massa'', slutenhet, tystnad, negativt ''hackande'', splittring (olika personer och grupper ''drar'' åt olika håll) och att det totala arbetet är bakåtsträvande. Med D-klimat menas ett klimat som bl a kännetecknas av strävan mot samverkan, reorganisation, avtagande spänning, ökad aktivitet och ökat ansvarstagande, strävan mot öppenhet och gemenskap, större feedback av känslor och information, ''ihopsamling'', strävan mot gemensamt mål och strävan mot förändring och utveckling.

Schemat på de följande sidorna ger en mer detaljerad bild av vad som avses med de olika faserna/''klimattyperna''. Det bör framhållas att denna ''mall'' för processanalysen inte utgör något finstämt mätinstrument. Snarare är den att likna vid en vindballong, som är avsedd att ge en uppfattning om den huvudsakliga vindriktningen.

	Fas A	Fas B	Fas C	Fas D
Mellanmänsklig nivå ''Rollutförande''	Samverkan (alla hjälps åt och alla ''ställer upp'').	Avvikelse ökar	Avvikelse på höjdpunkt	Strävan mot samverkan
Social organisation	Integrerat och ''stabilt'' kollektiv	Desorganisationen ökar. Omsättningen på gäster kan öka	Desorganisation på höjdpunkt. Omsättningen på gäster kan bli relativt hög	Reorganisation
Emotionellt klimat	Avspänt	Spänning ökar	Spänning på höjdpunkt	Spänning avtar

	Fas A	Fas B	Fas C	Fas D
Ideal-principer				
Medbestämmande	Aktivt kollektiv. Många förslag och initiativ från gäster. Kollektivet fattar beslut. Genomtänkta ställningstaganden. Samstämmighetsbeslut.	Förslag och initiativ från gäster. Kollektivet fattar beslut, men ofta ogenomtänkta och mekaniska ställningstaganden. Ofta majoritetsbeslut.	Ofta låt-gå-mentalitet. Om /när personalen ingriper, så fattar personalen beslut och försöker antingen ''sälja'' dem (''Vill ni inte'') eller meddelar (''Ni ska ...''). ''Kupper'' och likn. kan förekomma.	Strävan mot aktivt kollektiv. Personalen ledande, men på ett ''mjukt'' sätt: ''Tycker inte ni att vi ska ...'' eller ''Vad tror ni om följande ...''. Personalen uppmuntrar till frågor och diskussion.
Medansvar	Alla delar ansvar	Minskat medansvar	Klyfta mellan ''elit'' (personal och ledare bland gästerna) och ''massa'' uppstår.	Strävan efter ett delat ansvar
Nya roller	Gästerna aktiva. Konstruktiva ledare bland gästerna. Personalen ''handledare/lärare''	Kollektivets ångest ökar. Destruktiva ledare bland gästerna mer aktiva.	Personalens latenta auktoritet framträder.	Strävan mot ideala roller.
Öppen kommunikation /''Kollektiv anda''	Öppenhet mellan gäster–personal, gäster–gäster, pers.–pers. Innebär bl.a. öppet direkt ifrågasättande, återkoppling/feedback från alla smågrupper och aktiviteter till kollektivet. Gemenskap och sammanhållning.	Öppenheten beskuren. Klickbildningar, ''mygel'', mycket döljs. Ifrågasättandet ofta förstucket, dold kritik.	Slutenhet, tystnad, negativt ''hackande'', individualism, egoism, splittring.	Strävan mot öppenhet och gemenskap, ''ihopsamling'', större feedback.

	Fas A	Fas B	Fas C	Fas D
Frivillighet	In- och utskrivningar frivilliga. Deltagande.	In- och utskrivningar frivilliga. Minskat deltagande.	Tvångsutskrivningar kan förekomma.	Strävan mot frivillighet.
Symtomtolerans	Fri.	Fri, men gränser eftersträvas.	Avvikelser kuvas. Gränser sätts.	Återskapande av symtomtolerans.
Ständig granskning	Konstruktivt medvetandegörande: fokuseringar av – enskilda problem (som dock ofta är allmänmänskliga) – mellanmänskliga problem (bl.a. genom tillvaratagande av här-och-nu-situationer) – problem individ/grupp kontra samhälle (t.ex. i politiska diskussioner, diskussioner om behandlingsmål och liknande).	Minskad ''konstruktivitet''. Medvetandegörandet allmänt sett mer planlöst och ytligt.	Tendenser till ytligt ''hackande'' på varann etc.	Strävan mot konstruktivitet och medvetandegörande.
Gemensamt mål	Alla arbetar mot ett gemensamt mål vad gäller behandling och administration. Arbetet syftar till förändring och utveckling på alla nivåer.	Tendenser till skillnader ifråga om målsträvanden och/eller litet engagemang för i och för sig viktiga frågor. Arbetet mer statiskt: mindre av förändring och utveckling.	Likgiltighet för i och för sig viktiga frågor och/eller splittring, dvs. olika personer och grupper ''drar'' åt olika håll. Det totala arbetet blir bakåtsträvande.	Strävan mot gemensamt mål, förändring och utveckling.

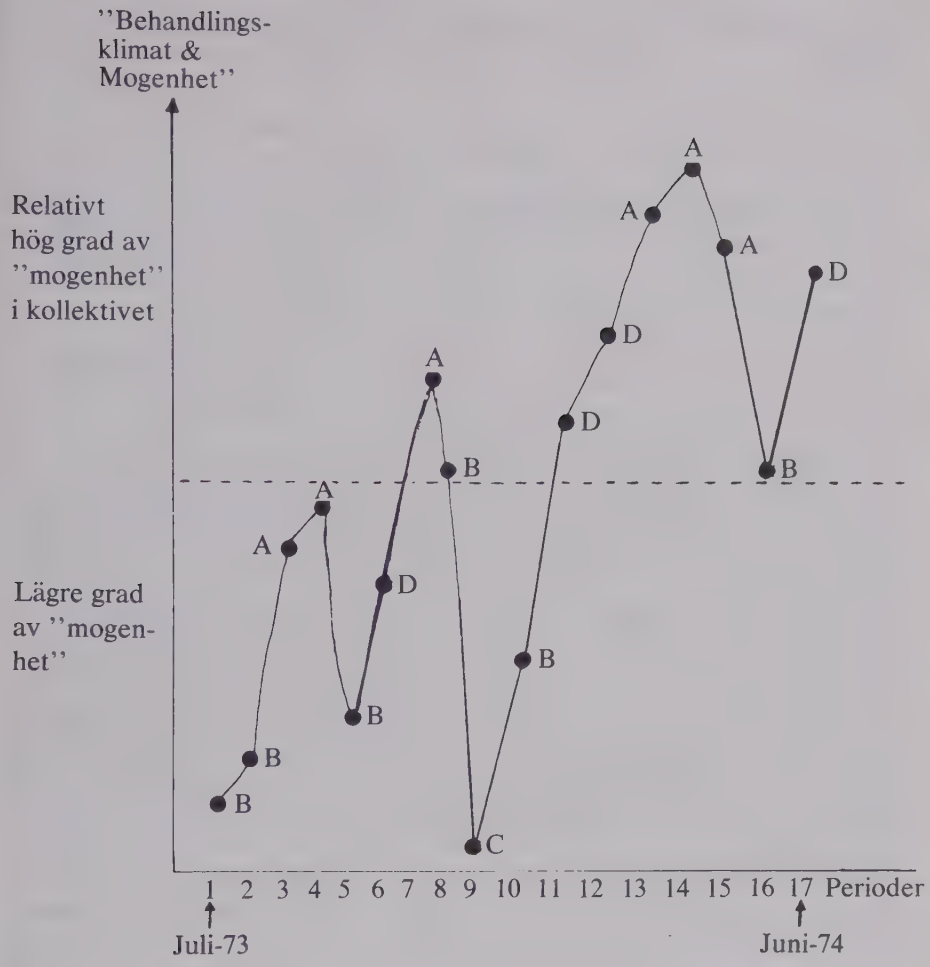
	Fas A	Fas B	Fas C	Fas D
Kontakten utåt	Bred kontakt med samhället, samarbete med olika organ, dialog kollektiv och samhälle.	Minskad kontakt.	Liten eller ingen kontakt.	Ökad kontakt. Strävan att bryta ev. "slutenhet".

6.9.3 Behandlingens utveckling på Hindby

En fråga som man ställs inför när man skall försöka kartlägga behandlingsklimatet på en miljöterapeutisk institution är denna: Hur långa perioder bör man räkna med? Eller annorlunda uttryckt: Hur snabba "klimatväxlingar" är rimliga att anta? I full medvetenhet om att klimatet kan förändras flera gånger bara under några dagar, valdes att i hindbystudien arbeta med tidsperioder på cirka tre veckor. Med en liknelse kan man säga att intresset varit mer inriktat på de mer stadigvarande vindarna än på alla små tillfälliga vindkantringar. För att det överhuvud taget skall vara fruktbart att studera växlingarna i behandlingsklimatet måste man nämligen införa ett krav om en viss varaktighet för varje fas. Om man fäster alltför stor vikt vid alla mer eller mindre tillfälliga växlingar finns dessutom risken att betydelsen av varje enskild förändring kan komma att förstoras, dvs tillmätas en betydelse som överstiger den betydelse som ifrågavarande förändring har i ett större sammanhang.

Undersökningsåret delades in i 17 perioder och för varje period fastställdes det mest typiska klimatet. (Det innebär bl a att en given period kunde betecknas A-fas, även om det t ex fanns vissa inslag av B-fas). Utifrån denna analys rangordnades sedan perioderna med avseende på dels behandlingsklimat, dels graden av "mogenhet" i kollektivet.

Under året kunde iakttas hur kollektivet som helhet "mognade". Främst som ett resultat av personalens ökade kunskaper och erfarenheter – vilket återverkade på gästernas agerande – kunde man på ett alltmer konstruktivt sätt ta itu med kriser och konflikter. Ofta lyckades man även "stämma i bäcken" – man tog itu med problem redan innan de blivit så svåra att de äventyrade verksamheten. Det kunde också iakttas en ökad förmåga att utnyttja "vanliga" vardagssituationer på ett pedagogiskt sätt och ett ökat medbestämmande och medansvar från gästernas sida. Kort sagt kunde en ökad medvetenhet om mål och behandlingsprinciper iakttas – vilket också kom till uttryck i kollektivets arbete.



Figur 6:4. Grafisk beskrivning av behandlingens utveckling på Hindby under undersökningsåret.

Litet förenklat kan man säga att ett A- eller D-klimat är bättre än ett B-klimat. Sämst är ett C-klimat. Samtidigt gör den ökade mogenheten att ett B-klimat under senare delen av undersökningsåret kan överväga ett A-klimat under årets början.

I *figur 6:4* ges en grafisk beskrivning av behandlingens utveckling på Hindby under undersökningsåret (växlingarna i behandlingsklimatet och graden av kollektivets mogenhet).

Nedan följer en kort sammanfattning av ett par huvudpunkter i processanalysen.

6.9.4 Medbestämmande – men inte i ekonomin

Gäster och personal hade medbestämmanderätt vad gäller institutionens skötsel och innehållet i behandlingen och detta har också utnyttjats. Men i övergripande ekonomiska frågor och personaltillsättningar hade man inte medbestämmanderätt (förslagsrätt för det sistnämnda har tillkommit senare). Ungefär lika många initiativ till förändringar kom från gäst- resp personalgruppen. Flera av gästernas initiativ föll dock utan diskussion. Ibland fanns en tendens hos personalen att driva sina frågor utan att lyssna på gästerna. Även det motsatta förhållandet förekom.

Det var ingen större skillnad på de initiativ som kom från gästerna resp personal. Det vanligaste var sådana som rörde behandlingsinnehållet, därefter kom ideologiska initiativ, administrativa initiativ och sist ''kulturella initiativ''.

De flesta förslag som kom fram ledde till beslut. En tendens fanns, särskilt när det var oro i kollektivet, att inte förbereda sina ställningstaganden. Man hängde då lätt med den som hade den starkaste viljan.

De allra flesta beslut ledde sedan till någon form av åtgärd, men inte sällan fick dessa rätt kortvariga effekter. Ibland beroende på att kollektivet byttes ut och besluten därigenom upplevdes som inaktuella. Men det fanns också åtgärder som fått bestående effekter för både kollektivet som helhet och för den enskilde individen.

6.9.5 Olika ledare

Personalen har ett ansvar att vara idéspridare och kulturbärare, men under undersökningsåret (som var slutet på det första och början på det andra året i Hindbyhemmets historia) genomgick personalen en utbildnings- och mognadsprocess som försvårade ett utnyttjande av deras resurser till fullo.

Även de gäster som vistats länge på Hindby blir stilbildare för de nya. Särskilt gäller detta gäster som har ledarposition i kollektivet. I början av undersökningsåret dominerade en ledargrupp av gäster de kollektiva mötena i tämligen aggressiva tongångar, då föreståndaren inte var med. Så småningom tog personalen över mer och mer och de destruktiva ledarna blev ifrågasatta.

Under hösten var föreståndaren mycket aktiv i forum och var oftast den som ''drog hela lasset'' själv. Han blev mycket av èn lärare och sökte hålla

fast helheten i miljöterapin när övriga personalen fick det svårt. Föreståndaren blev ''pappan'' man förlitade sig på. Han blev både ett hot och en trygghet.

Efter en tredagarskurs i oktober 1973 började personalen visa en klar medvetenhet om vilka mål de ville uppnå i sitt arbete och hur det skulle gå till väga (vilket främst visade sig våren 1974). Föreståndaren drog sig då mer tillbaka för att släppa fram de andra och personalen började agera mer samstämmigt.

6.10 Resultatanalys

6.10.1 Utgångspunkter för analysen

Bedömningen av antalet förbättrade vilar inte på statistiska analyser, utan på *tolkningar* av undersökningsmaterialet. De ''mått'' och uppgifter som erhållits vid datainsamlingen, framför allt via intervjuer och frågeformulär men även via registerundersökningar, integrerades till en helhetsbild för varje person. Tre utgångspunkter har varit bestämmande för analysen:

1. Varje individ jämförs med sig själv. ''Förbättring'' har alltså olika innebörd för olika individer, beroende bl a på vars och ens problem och relationer när behandlingen påbörjades.

2. Tonvikten ligger vid kvalitativa bedömningar. En kvantiativ redovisning säger bara halva sanningen, om ens det. Som exempel kan tas en person som före behandlingen har många men ytliga och kortvariga sociala kontakter och efter behandlingen har få men djupare och mer varaktiga kontakter. Vad gäller *antalet* kontakter har alltså situationen ''försämrats'' – och ändå kan man tala om en förbättring, rent kvalitativt.

3. Förbättring är ett vittomfattande begrepp. Även om en person t ex inte blivit fri från symtom, kan det ha skett förändringar på flera andra områden som gör att man ändå kan tala om förbättring av den totala livssituationen. (Jfr Pattison 1966, sid 59–66.) Bl a kan det röra sig om en ny ''hållning'' till sig själv, andra människor och problemen – vilket i vissa fall kan vara nog så väsentligt som problemen i sig själva. Det kan till exempel handla om att en passiv symtom- och sjukdomsfixering (''jag är alkoholist, räkna inte med mej'') förändrats mot en känsla av att kunna ta ansvar för sig själv och sina problem. Det kan också handla om att man kommit ifrån sin negativa avvikaridentifiering. Ett annat exempel: Om en individ både före och efter behandlingen saknar arbete kan man knappast tala om en förändring av just *den* variabeln – men detta kan kanske övervägas av en förändring på det psykologiska planet: Personen ifråga saknar kanske arbete för att han tackat

nej till ett arbete som han vet skulle bryta ned honom och kanske förorsaka ett återfall inom en snar framtid. (T ex ett beredskapsarbete, där han tvingas bo i en AMS-barack ''ute i skogen'' tillsammans med andra människor med alkoholproblem). Han vet vad han vill och orkar med – och har en ny förmåga att hävda en egen vilja. Ytterligare ett exempel är en person som vid uppföljningen har färre fritidsintressen än han hade före behandlingen – beroende på att han vid uppföljningen har ett arbete som tar all hans tid och energi.

6.10.2 Tre kategorier av förbättring

På grundval av helhetsbedömningar utifrån de här utgångspunkterna, kunde personerna i uppföljningsgruppen delas in i tre kategorier:

- Stor och genomgripande förbättring av livssituationen.
- Viss förbättring av livssituationen.
- Status quo.

Som en hjälpmetod och för att få en viss struktur på materialet användes vid databearbetningen ett poängsystem, som var så konstruerat att det tog hänsyn till de individuella förutsättningarna. Se *bilaga 2*. För varje person räknades en ''belastningspoäng'' fram på basis av materialet från förprövningen (inskrivningen). Operationen upprepades på basis av materialet från uppföljningen. Därefter räknades graden av förbättring fram såsom poängskillnaden mellan förprövningen resp uppföljningen. ''Belastningspoängen'' hade ett negativt innehåll i det att en svår situation gav en hög poäng. Konkret rörde det sig om en poängsättning av förhållandena på variabler som kan hänföras till den aktuella livssituationen. (Har personen ifråga egen bostad? Trivs han i så fall i sin bostad? Om inte: vad har han gjort åt det? Har han ekonomiska skulder, och i så fall hur stora? Har han ett socialt umgänge som han är nöjd med? Om inte: vad har han gjort åt det? Är han nöjd med sig själv som person?) Det bör understrykas att poängsystemet användes som ett *hjälpmedel*. Sedan ''graden av förbättring'' räknats fram för varje individ genomfördes mer finstämda analyser, där inte enbart materialet från förprövningen och uppföljningen utnyttjades utan även materialet från efterprövningen (utskrivningen) och mötesanteckningar. I detta sammanhang undersöktes också om noterade förbättringar verkligen var resultat av behandlingen eller om de berodde på andra faktorer.

Rent generellt kan sägas, att för att en person skulle hänföras till kategorin stor förbättring, så fordrades att behandlingen resulterat i en förbättring både vad gäller den yttre situationen och i psykologiskt hänseende. För personerna i kategorin viss förbättring behövde inte förändringarna vara lika

markanta. Det kunde också räcka med att behandlingen resulterat antingen i en förändring av den yttre situationen eller på det psykiska planet. Bland dem som hänförts till kategorin ''status quo'' finns personer som i och för sig kunde ''uppvisa'' en viss förbättring av den ''yttre'' eller ''inre'' situationen, men denna förändring var antingen mycket obetydlig eller en följd av helt andra faktorer än behandlingen.

I *bilaga 3* presenteras tre fallbeskrivningar, var och en typisk för sin kategori.

22/38 individer (=58 %) tillhör kategorin ''stor förbättring'', 10/38 individer (=26 %) tillhör kategorin ''viss förbättring'' och 6/38 individer (16 %) tillhör kategorin ''status quo''.

6.10.3 Vilka resultat ger registerdata?

Som en särskild liten ''undersökning i undersökningen'' studerades vilka resultat som skulle erhållits om bedömningen uteslutande hade grundats på mätning av symtomvariablerna (missbruk och kriminalitet) utifrån registerdata. Det visade sig att denna bild ganska drastiskt skilde sig från den som erhölls på det ''riktiga'' sättet. (Cirka 2/3 i uppföljningsgruppen hade åtminstone någon registermarkering). Men det visade sig också – när man gick till intervjudata – att det bakom negativa och belastande registeruppgifter kunde dölja sig positiva förändringar i form av ökat ansvarstagande m m. De resultat som redovisas är i sig själva långt ifrån tillräckliga för att man definitivt skall kunna avskriva behovet och nyttan av registerdataundersökningar, men de påvisar med all önskvärd tydlighet vikten av att i behandlingsforskning inte begränsa sig till lätt mätbara symtomkriterier. Enbart registerdata kan ge en skev och förvrängd bild av de resultat som kan uppnås inom en miljöterapeutisk behandlingsform.

6.10.4 På vad beror skillnaderna i behandlingsresultat?

Beror skillnaderna i behandlingsresultat på skillnader ifråga om bakgrundsfaktorer hos individerna, eller på skillnader ifråga om behandlingsinnehåll etc under vistelsen på Hindby? Efter en preliminär genomgång av materialet uppställdes hypotesen att faktorer med anknytning till behandlingen är av större betydelse än individfaktorer. Hypotesen utsattes för statistisk prövning. De ovannämnda förbättringskategorierna slogs då ihop till *två*. Den första kategorin jämfördes med de båda andra. I *bilaga 4* redovisas i detalj de antaganden som prövades. För en redovisning av tabeller och uträkningar hänvisas till Jenner m fl (1977 b, sid 182–189). Den statistiska metod som

användes var ''chi-2-testet för två oberoende sampels'', en s k icke-parametrisk metod; risknivå 5 %. För en diskussion av denna metod och de förutsättningar den vilar på, se Siegel (1956, sid 18–34, 104–110).

Sammanlagt uppställdes 28 antaganden rörande individfaktorer. Fem av dessa prövades inte p. g. a. att kraven för den statistiska metoden inte var uppfyllda. Ingen av de prövade visade säkerställt samband med förbättring. För de icke prövade var tendensen densamma. Beträffande behandlingsfaktorer uppställdes 12 antaganden. Nio av dessa kunde säkerställas statistiskt. De personer som visade hög grad av förbättring hade t ex under större delen av sin behandlingstid vistats på Hindby då klimatet som helhet var jämförelsevis ''bra'' (= perioderna 7–8, 11–17. Jfr figur 6:4). De faktorer som inte visade samband gällde behandlingstiden, i vilken grad man ''kommit loss'' i kollektivet och kontakten med öppenvården vid utskrivningen. För två av dessa faktorer kan behandlingens betydelse för förbättring ändå beläggas om ifrågavarande faktorer ställs i relation till andra, närliggande faktorer. Behandlingstiden (6–18 veckor kontra mer än 18 veckor) är inte av betydelse – däremot antalet behandlingstillfällen. Hellre en kortare, men sammanhängande behandlingstid än en lång behandlingstid som är uppsplittrad på flera behandlingstillfällen. En annan faktor som inte visade samband med förbättring är om man ''kommit loss'' i kollektivet. Vid närmare betraktande ser emellertid bilden ut så här: Samtliga utom en person i kategorin hög grad av förbättring har ''kommit loss'' i kollektivet och/eller samtalsgruppen. Men i kategorin låg grad av förbättring är det ca 1/3 som inte anser sig ha ''kommit loss'' alls, vare sig i kollektivet eller gruppen. Detta resultat pekar mot att det också på denna punkt finns ett samband mellan behandling och graden av förbättring. (Med ''kommit loss'' menas att man känt en sådan trygghet att man i terapin vågat ge uttryck åt sina känslor och upplevelser).

Kan bortfallet haft någon inverkan på ovannämnda resultat? I *bilaga 5* redovisas en jämförelse mellan uppföljningsgruppen och bortfallsgruppen med avseende på individuella bakgrundsfaktorer, behandlingstid och behandlingsklimat under hindbyvistelsen. Jämförelsen ger inget stöd åt eventuella misstankar om att resultatet snedvridits p g a bortfallet. Det redovisade resultatet torde kunna anses som tämligen bärkraftigt för påståenden om behandlingsinnehållets betydelse för graden av förbättring.

Den grundläggande frågan i hindbystudien var: ''Vilka effekter har behandlingen på Hindby för vilka personer under vilka förhållanden?'' En del av svaret finner man i det som hittills redovisats. Något förenklat kan frågan besvaras sålunda: Under gynnsamma behandlingsbetingelser lyckas många personer – oberoende av livsbakgrund – att förbättra sin totala livssituation.

(Med en tillspetsad formulering kan saken uttryckas som att undersökningen ger visst empiriskt stöd åt slagordet ''Det finns inga hopplösa fall, bara bra eller dålig behandling!'').

Ytterligare några resultat kan förtjäna att uppmärksammas.

6.10.5 Uppfyllelse av yttre kontra inre mål

De yttre målen – förbättring av den sociala och ekonomiska situationen – uppnåddes i ungefär lika hög grad som de inre målen – t ex ökad självkänsla – vilket kanske kan synas något förvånande med tanke på att den psykoterapeutiska delen av behandlingen var väl tillgodosedd under undersökningsåret, medan det var mindre av det som kan kallas rehabilitering (ordnande av bostad, arbete, förbättrad fritidssituation m m). Möjligen kan resultatet tolkas som att ett frigörande av de ''inre'' resurserna kan leda till en förbättring av den sociala situationen genom att individen själv tar initiativ till en förändring. Det visade sig även att situationen för de ''förbättrade'' undersökningspersonerna i många avseenden var bättre vid uppföljningen jämfört med hur den var vid utskrivningen. (Situationen har alltså förbättrats mellan T 2 och T 3). Den förklaring som här ligger närmast till hands är att behandlingen sätter igång en *process*. Behandlingen går ut på att stärka gästens självkänsla etc och att lära honom/henne andra sätt att handskas med problemen än att ta till droger. Ett antal månaders behandling är inte tillräckligt för att klara upp livssituationen. I bästa fall kan behandlingen medföra att individen ''växlar spår''. Men man bör inte förvänta sig en omedelbar förbättring av livssituationen. Att bli fri från drogmissbruk är att skaffa sig en ny identitet, börja ett nytt liv, få nya relationer. Det arbetet måste med nödvändighet fortsätta efter utskrivningen, vilket resultaten ger uttryck för.

Frågan om helnykterhet skall vara ett oavvisligt krav vid behandling av alkoholmissbrukare är omdebatterad. Det kan här noteras, att det i hindbystudien endast är ett fåtal som helt slutat använda alkohol. Däremot fanns bland dem, som tillhörde kategorin förbättring och som fortfarande använde alkohol, stora förändringar i konsumtionsmönstret och upplevelsen av att ha kontroll över användningen. Detta resultat kan ses som ett stöd åt den tes, som Schulze (1972, sid 49) formulerat: ''Det är lättare att åstadkomma en social anpassning och en minskning av alkoholkonsumtionen hos en alkoholmissbrukare än att göra honom helnykter.'' (Jfr också Pattison 1966, sid 62–63, som på grundval av ett antal undersökningar kommer fram till en liknande slutsats.)

Beträffande psykologiska variabler kan det vara värt att lägga märke till

följande: Förändringen rörande upplevelsen av om man har problem är liten, däremot har inställningen till problemen förändrats på ett avgörande sätt – vid T 3 tror man mer på de egna möjligheterna att kunna göra något åt problemen.

Vad gäller politiska resurser kan noteras att behandlingen har resulterat i en ökad politisk medvetenhet (och med det avses en utveckling från att bara känna sig missnöjd med förhållandena till en handlingsberedskap och bedömning av vilka politiska aktioner som kan vara användbara). Däremot tycks inte den direkta politiska aktiviteten ha ökat.

6.10.6 Drop-out-problemet

I hindbystudien görs också försök att ta reda på skälen till att en hel del personer ''hoppar av'' behandlingen utan att ha avslutat den. Denna grupp (''drop-out-gruppen'', DO) har jämförts med undersökningsgruppen på en rad punkter. Frågor som prövades var: Skiljer sig DO från undersökningsgruppen beträffande ålder och kön? Hade de ekonomiska skulder i större utsträckning? Hade de en svårare arbetssituation? (Saknade de yrkesutbildning i större utsträckning? Var de i större utsträckning hänvisade till helt okvalificerade arbeten?) Hade de en svårare missbruksbild? (Hade de oftare ''vårdats'' p g a missbruket? Hade de haft missbruksproblem under en längre tid? Hade de upplevt kontrollbrist under en längre tid?) Hade DO i större utsträckning sökt till Hindby på andras initiativ? Var de mer tveksamma till sina möjligheter att förändra sin livssituation? – Sitt bruk av droger? Och slutligen: Vistades DO oftare på Hindby under ett mindre bra behandlingsklimat jämfört med de som valde att stanna?

Alla dessa frågor tvingades vi besvara nekande. (Se not 6:8.) Vad är det då som gör att vissa fullföljer behandlingen, medan andra avbryter den redan efter en kort tid?

En förklaring som antagligen väger tungt är att DO-gruppen inte fick den mjuka start som de – av olika skäl – skulle ha behövt. Många gäster blir märkbart förvirrade när de kommer till Hindby. – Ingenting stämmer med det som man är van vid från tidigare. ''Här är ju ingen ordning alls. Vilka är personal här? Vem är det som bestämmer här? Har jag någonting att säga till om? Är jag värd något? Ska jag ta ansvar!?'' – Detta är kommentarer man ofta hör. Därtill kommer det ''hot'' som själva behandlingsinnehållet kan erbjuda (med ibland mycket intensiva känslor, bearbetning av svåra personliga problem etc).

En del gäster får kontakt med någon eller några i kollektivet som kan ge dem trygghet, eller har kapacitet att ''för egen maskin'' ta sig igenom den

här förvirringen och oron – men långtifrån alla. De tar då till droger, drar sig undan från det dagliga arbetet, vägrar att ställa upp på möten o s v. Eller också försöker man anpassa sig till villkoren – ända tills det blir alltför svårt. Hur som helst blir situationen till sist så ohållbar att en utskrivning (på eget initiativ eller av kollektivet) upplevs som enda utvägen.

Att en sådan utväg ofta är olycklig behöver knappast påpekas. Utskrivningarna upplevs dels som misslyckanden för individerna, dels försvåras det totala behandlingsarbetet på Hindby.

Bl a mot bakgrund av de här förhållandena inleddes en förändring av behandlingsprogrammet på Hindby. Man arbetade fram en modell som går ut på att man har en ''inskolningsperiod'' för nya gäster och sedan stegvis ökar kraven på deltagande. Denna omorganisation ägde rum efter undersökningsåret, varför det i hindbystudien inte fanns möjligheter att undersöka effekterna av den. Det finns dock skäl att anta att det var rätt att rikta sökarljuset mot svagheter i behandlingen än att tolka drop-out-problemet som beroende på svagheter hos individerna.

6.10.7 Utvecklingen på Hindby efter undersökningsåret

Förändringen av behandlingsprogrammet kom alltså till efter undersökningsåret. Vad har hänt i övrigt? – Demokratin har utökats genom att man fått ett större inflytande över ekonomin och personalfrågor. Kommunikationen har blivit öppnare och alltmer koncentrerats till ''här-och-nu''-situationen. Personalen har fördjupat sin personalroll och blivit betydligt starkare som grupp. Ledarskapet har delats upp på flera. Föreståndaren har mer dragit sig tillbaka från det dagliga behandlingsarbetet och engagerats i samordnings- och utvecklingsarbete. Kontakten utåt har utökats och den handlar inte bara om spridande av information utan har blivit mer åtgärdsinriktad. Inte minst gästerna har här gjort insatser. Ett exempel bland flera: Under våren 1975 engagerade sig en av personalen och fem gäster på en ungdomsgård i närheten. Man fick med sig de allra flesta där och började arbeta utifrån miljöterapeutiska principer, med bl a medbestämmande för alla. (Resultatet blev bl a att polisen sällan behövde göra ingripanden, något som varit vanligt tidigare). Senare etablerades samarbete med nykterhetsorganisationen Verdandi och verksamheten utökades till att omfatta större delen av det närliggande bostadsområdet i en form av socialt samhällsarbete. Under våren 1976 var under en tid ett tjugotal Hindbygäster aktiva här.

Del III

Diskussion och sammanfattning

"A decision between alternate ways of practicing science is called for, and in the circumstances that decision must be based less on past achievement than on future promise."
(T. S. Kuhn, The Structure of Scientific Revolutions, 1962)

Kapitel 7

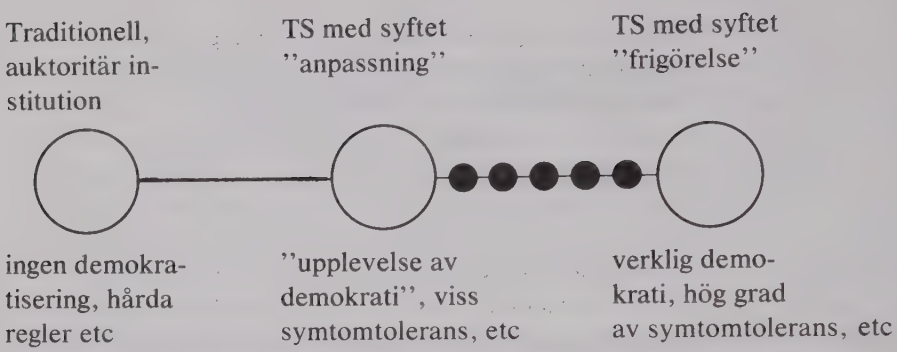
Diskussion av resultaten

I detta kapitel ämnar jag återknyta beskrivningen av undersökningens genomförande och resultat (kapitlen 5 och 6) till de resonemang som fördes i kapitlen 3 och 4. Jag ämnar även fästa uppmärksamhet vid ett par delresultat och sammanbinda dem med aktuella diskussioner om missbrukskarriär respektive marginalkonflikter. Slutligen tänker jag ta upp några frågor med anknytning till forskningssättet: forskarrollen, reliabilitets- och validitetsproblemen samt generaliserbarheten av resultaten.

7.1 Är institutionen i fråga en miljöterapeutisk institution?

I kapitel 3 betonades att frågan inte kan besvaras utan att man först har tillgång till en så långt möjligt entydig definition av vad som kännetecknar en sådan behandlingsmetod. Med analysen i kapitel 5 kan frågan om innehållet i begreppet terapeutiskt samhälle möjligen anses besvarad. Avsikten med begreppsanalysen var att minska begreppsförvirringen och skapa en något klarare uppfattning om vad ett terapeutiskt samhälle är resp *inte är*. Det var inte möjligt att göra en fullständig och i alla avseenden vattentät analys av problemet, en uppgift som skulle kräva en – för det här arbetets syfte – alltför omfattande kartläggning av en mängd olika filosofiska, terapeutiska, socialpolitiska och allmänpolitiska frågor. Med den uppdelning som görs mellan *mål* och *metod,* kan emellertid visas att terapeutiskt samhälle är en behandlingsmetod, som vilar på vissa principer om demokrati, öppen kommunikation m m, och som alla behandlingsmetoder kan det terapeutiska samhället användas i olika ideologiska/politiska syften.

Men frågan om Hindby är ett terapeutiskt samhälle, och i så fall av vilken typ, återstår att besvara. Det bör dock uppmärksammas att man förlorar en hel del nyanser om man försöker ge ett enkelt ja-eller-nej svar på frågan. Den utveckling i olika avseenden som har kunnat iakttas i fråga om medbestämmandet m m kommer man t ex inte åt om man betraktar frågan som ett antingen eller. Mer fruktbart är att försöka ange Hindbys läge i förhållande



Figur 7:1 Olika idealtyper av institutioner och verkliga terapeutiska samhällen.

till en *idealtyp* av begreppet terapeutiskt samhälle. Med idealtyp avses en tankekonstruktion, där de olika egenskaperna som i verkligheten förekommer som något mera eller mindre än förenade i högsta tänkbara form. (Idealtypen avbildar alltså inte på något sätt något verkligt, och avser inte heller nödvändigtvis något som är ''bra'' eller eftersträvansvärt. En idealtyp är en beskrivning av en idé, kort sagt).

Vad gäller terapeutiskt samhälle finns egentligen *två* idealtyper. Den ena är den där behandlingen kännetecknas av medbestämmande, medansvar etc och syftet frigörelse/utveckling. Den andra är den där demokrati etc används för syftet ''anpassning''. Man kan se dessa idealtyper såsom liggande på en linje, vilken beskriver graden av demokratisering, öppen kommunikation, symtomtolerans etc på en institution. I ena ändpunkten ligger idealtypen ''frigörelse''. Dess raka motsats är en auktoritär och sluten institution med bevakning som det mest framträdande draget. Någonstans på linjen ligger idealtypen ''anpassning''. Utspridda på linjen ligger olika ''verkliga'' terapeutiska samhällen. Resonemanget kan illustreras med hjälp av *figur 7:1*. De stora cirklarna markerar idealtyper. De svarta punkterna var terapeutiska samhällen kan ligga i realiteten.

För att kunna ge ett nyanserat svar på frågan måste man också komma ihåg att ett terapeutiskt samhälle definitionsmässigt är i en dynamisk process (se Jenner m fl 1976 sid 22). Därav följer att tillfälliga upp- och nedgångar i behandlingsklimatet inte har någon avgörande betydelse. Svaret måste grundas på – förutom mål- och förutsättningsanalyser – en totalbedömning av institutionsmiljö och behandlingsprocesser under en lång tid.

Det har framgått att Hindbyhemmets behandlingsprinciper vilar på en idé om terapeutiskt samhälle. Att målen för verksamheten kan hänföras till den kategori som i begreppsanalysen kallas frigörelse/utveckling torde också ha

framgått. Vad beträffar de organisatoriska förutsättningarna har man på Hindby en behandlingsorganisation som rent teoretiskt borde möjliggöra ett förverkligande av målen. Genom personalintervjuerna kunde också konstateras att dolda målsättningar bland personalen var näst intill obefintliga – även om att personalens uppfattningar om mål och behandlingsprinciper inte var helt enhälliga. Men en bestämning av Hindby som terapeutiskt samhälle kan inte göras genom att enbart se på mål och förutsättningar. Man måste också beakta behandlingens verkliga innehåll och utformning.

En, låt vara mycket ofullständig, bild av hur man under undersökningsåret lyckades tillämpa de miljöterapeutiska principerna och ta till vara de förutsättningar som stod till buds ges i kapitel 6 under rubriken ''Behandlingens utveckling på Hindby''. I Jenner m fl (1977 a, kap IV) finns en utförlig processbeskrivning (''verksamhetsberättelse'').

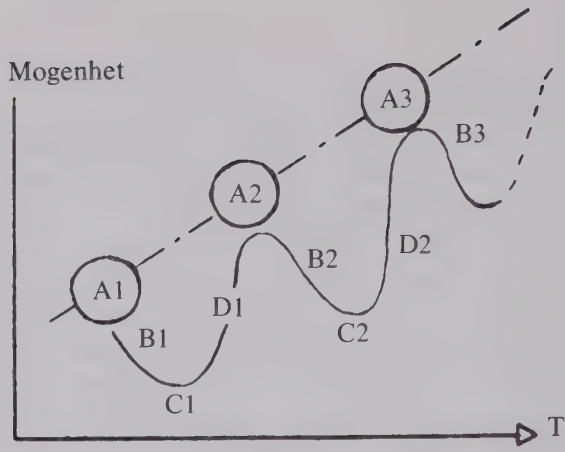
Man kan konstatera att det har förekommit avvikelser från ''den rätta kursen'' och brister i resursutnyttjandet. Samtidigt har en ökad medvetenhet om mål och behandlingsprinciper och bättre tillvaratagande av resurserna kunnat noteras, särskilt under andra delen av undersökningsåret. En helhetsbedömning ger vid handen att Hindby gott och väl uppfyller kraven på ett terapeutiskt samhälle. Att bestämma ett exakt läge i förhållande till idealtypen låter sig dock inte göras. Men, sammanfattningsvis, någon tvekan behöver det inte råda om att Hindby mer liknar en idealtyp av terapeutiskt samhälle – och då av typen frigörelse/utveckling – än en traditionell institution, där man har ingen eller mycket lite kontakt med samhället, en hierarkisk beslutsmodell, hårda regler som inte kan ifrågasättas, omfattande medicinering, symtominriktad behandling etc.

Att det är viktigt att undersöka huruvida den institution man studerat verkligen gör skäl för den ''etikett'' som klistrats på verksamheten säger sig nästan självt. Ändå uppfattas det inte alltid som självklart. Man behöver här bara tänka på hur den hittillsvarande miljöterapeutiska forskningen ofta har sett ut. (Jfr. kapitel 2).

7.2 Variationer i en och samma miljöterapeutiska gemenskap

Processanalysen är en kartläggning av bl a variationerna ifråga om institutionsmiljö. Grunden utgjordes av Rapoports (1960) modell för analys av sociala processer. Denna modell accepterades s a s *á priori,* eftersom den syntes fruktbar och möjlig att utveckla för hindbystudiens ändamål. (Se not 7:1.)

Det som framför allt är tilltalande med Rapoports modell är möjligheterna att kartlägga förändringar i behandlingsklimatet. Däremot är den stel i ett



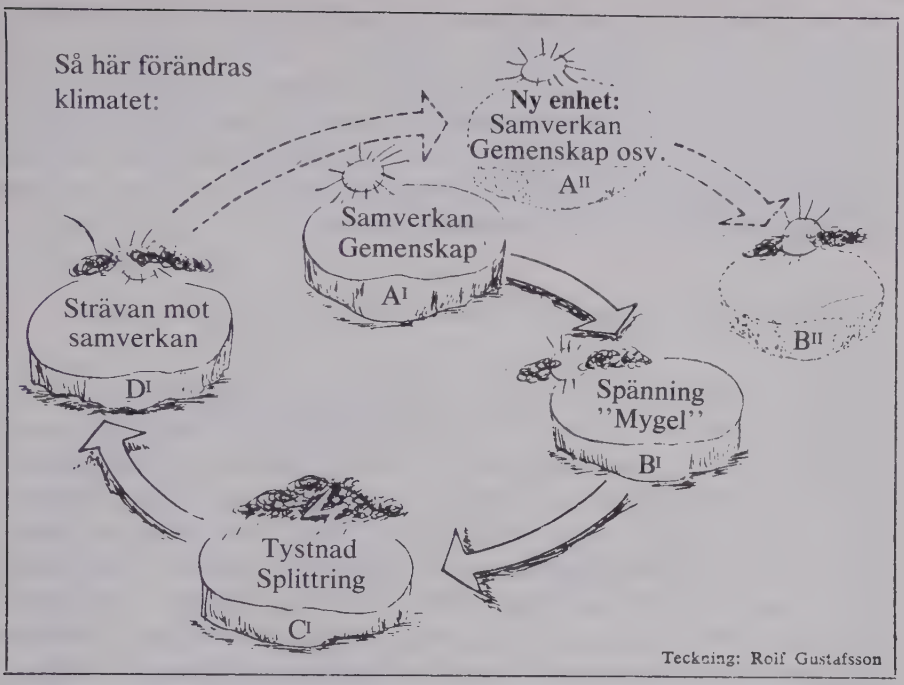
Figur 7:2 Behandlingsklimatets utveckling mot ökad grad av mogenhet.

annat avseende, nämligen i det att den inte tar hänsyn till mer långsiktiga förändringar i behandlingssystemet som följd av medlemmarnas ökade erfarenheter och kunskaper. Det terapeutiska samhällets ständiga föränderlighet visar sig inte bara i själva svängningsprocessen (se figur 6:3), utan också i det förhållandet att en A-fas i *ett* skede av institutionens liv kan skilja sig från en A-fas i *ett annat* skede (jfr figur 6:4).

Att detta förhållande inte beaktas av Rapoport torde sammanhänga med att Rapoports och hindbystudiens beskrivningar av processen sker utifrån skilda *perspektiv*. (Jfr kapitel 4). Rapoports perspektiv är atomistiskt och evolutionistiskt. Att det är atomistiskt innebär i det här fallet att kunskapen om behandlingssystemet bygger på ett samlande av en massa isolerade kunskapsbitar, som sedan sammanfattas till en ''lag'' (lagen om svängningarna).

''Sett i ett atomistiskt perspektiv framstår världen som ett slags mosaik av 'individuella händelser', vilka följer efter varandra i tiden och intar olika platser i rummet. Om individuella händelser är det enda, som vi kan ha (säker) kunskap om, så följer härav, att naturvetenskapens lagsatser beskriver 'regelbundenheter', dvs hur vissa typer av individuella händelser brukar följa på varandra i tiden.'' (Lindström 1971, sid 41).

Etiketten ''evolutionistiskt'' anspelar på framställningen av svängningsprocessen som en gradvis skeende förändring. (Se not 7:2). Det handlar om pendlingar i systemet mellan två extrempunkter, den perfekta jämvikten och desorganisationen. Svängningarna äger rum nästan automatiskt; endast i begränsad omfattning påverkas skeendet av de inblandade personerna. (Personerna beskrivs mer som aktörer i en lagstyrd händelsekedja, än som agenter vilka påverkar händelserna.) Processen kan illustreras grafiskt som en sinuskurva.



Figur 7:3 Beskrivning av behandlingsklimatets förändringar. (Ur Socialt forum nr 2, 1977.) Jfr figur 7:2.

Perspektivet i hindbystudien är hermeneutiskt och dialektiskt. Med hermeneutiskt avses att varje kunskapsbit uppfattas som beroende av kontext, och att förståelsen av varje ny del förändrar förståelsen av det man ''visste'' tidigare. Med dialektiskt avses att svängningarna uppfattas som språngvisa förändringar byggande på motsättningar mellan olika individers och gruppers åsikter och avsikter och försöken att lösa dessa motsättningar. (Se not 7:2.)

Om det dialektiska synsättet tillämpas på ''svängningsschemat'', så kan man se fasen A 1 som tes, vilken på grund av vissa händelser (motsättningar, konflikter) ersätts av antitesen fas B 1 och fas C 1. Det finns emellertid en strävan mot enhet och syntes, som visar sig i fas D, vilket leder till en ny enhet på *en ny grundval:* fas A 2. Föränderligheten syns här inte enbart i själva svängningsprocessen utan också i det förhållandet att fas A 1 inte är detsamma som fas A 2 etc. Fas A 2 står på en kvalitativt högre nivå jämfört med A 1. Förhållandet kan illustreras med en enkel skiss, där den inritade ''regressionslinjen'' markerar en ökad ''mogenhet''. (Se *figur 7:2*). En mer livfull illustration av det sagda ges i *figur 7:3*. Man kan se att utvecklingen

går i spiralform. (Enligt Rapoports sätt att se går utvecklingen runt i cirkelform).

Det bör påpekas, att detta att behandlingssystemet utvecklas mot ökad ''mogenhet'' är ett rent empiriskt förhållande, som i och för sig inte har någonting att göra med vilket perspektiv man anlägger, men med perspektivet i hindbystudien framträder det hela tydligare. Detta perspektiv kan i den meningen uppfattas som mer ''artriktigt'' (jfr not 1:1).

7.3 Individvariablernas betydelse för behandlingens effektivitet.

Med hänsyn till att bedömningen av behandlingens effektivitet byggde på intra-individuella jämförelser, är det inte möjligt att säga något om vilken betydelse individernas aktuella situation vid inskrivningen hade för graden av förbättring. (Det kan dock hållas i minnet att undersökningspersonerna generellt sett hade ett svårt utgångsläge.) Däremot visas i undersökningen att inga bakgrundsvariabler har statistiskt säkerställt samband med förbättring, men att de flesta behandlingsfaktorer har det. Det här resultatet har vid första påseendet visst stöd i den sammanställning som Gibbs & Flanagan (1977) gjort över den prediktiva tyngden av olika individfaktorer registrerade i ''predictor studies'' rörande alkoholmissbrukare. (Sammanlagt 45 undersökningar). De faktorer som går att jämföra (det gäller då faktorer med avseende på ålder, uppväxtvillkor, arbetsbakgrund, skilsmässa, missbruk och kriminalitet) saknar, med något undantag, helt och hållet prediktionsvärde. Några säkra slutsatser kan emellertid inte dras av detta, därtill är skillnaderna mellan undersökningarna alltför stora. Studierna handlar om effekter av olika behandlingsmetoder för olika grupper av alkoholmissbrukare, uppmätta med olika kriterier och med olika uppföljningsperioder. Inte heller när det gäller behandlingsfaktorer kan man göra några bestämda utsagor. Det går inte att säga något om vilka av de behandlingsfaktorer som prövats som är av störst betydelse. Det går inte ens att påstå att någon av faktorerna är nödvändig för förbättring.

Det finns emellertid underlag för att påstå, att enligt det resultat som framkommer i hindbystudien förefaller behandlingsfaktorer ha en relativt större betydelse för individens möjligheter att förbättra sin livssituation – jämfört med faktorer som barndom och uppväxt, ''symtombild'' etc. Liknande resultat har nyligen presenterats också i en utvärdering av behandlingen vid den miljöterapeutiska avdelningen Lien på Dikemarks sjukhus i Norge (Vaglum 1978). I denna undersökning jämfördes unga narkotikamissbrukare med avseende på dels uppväxtvillkor och missbrukstid före behand-

ling, dels typ av genomgången behandling (miljöterapeutisk behandling på olika utvecklingsstadier). Det befanns bl a att eventuell missbruksfrihet efter behandling (uppföljningstid 3–5 år) inte berodde på uppväxtvillkor eller missbrukstid utan på typen av behandling. Dessa resultat och hindbystudiens är inte direkt jämförbara, men pekar i samma riktning, nämligen att förändringar i ett miljöterapeutiskt behandlingsprogram också ger utslag vad beträffar behandlingseffekter, vilka inte kan förklaras av skillnader mellan de behandlade personerna.

7.4 Vilken inverkan har personalens resurser och samhälleliga faktorer på behandlingsresultaten?

Den här frågan torde tillhöra en av de viktigaste i vårdsammanhang, men är omöjlig att entydigt besvara. Några kommenterar kan ändå göras på grundval av hindbymaterialet.

När man talar om personalens förutsättningar tänker man i allmänhet på sådant som utbildning och yrkeserfarenhet. Utan att betydelsen av dessa faktorer på något sätt kan förringas, bör personalens ''målinsikt'' särskilt uppmärksammas – det vill säga klarhet i frågor som ''Vad vill vi med vårt jobb? Var står vi i dag? Hur ska vi gå vidare?''. Diskussion av frågor av det här slaget kan leda till en ökad medvetenhet om mål och behandlingsprinciper, bryta ett ibland slentrianmässigt arbetssätt och ge uppslag till möjliga förändringar. Detta visar sig i hindbystudien. Den tredagarskonferens, som huvudstyrkan av personalen deltog i hösten 1973, och där man bl a diskuterade frågor om mål och metoder, kom att innebära en vändpunkt i kollektivets liv. En annan viktig aspekt av personalens förutsättningar är personalens förmåga att axla rollen som goda föredömen för ''patienterna''. Det är väl känt från litteraturen att det non-verbala beteendet och de icke-språkliga förväntningarna utgör en viktig påverkan i allt socialt samspel. Man vet också att en behandlingssituation inte skiljer sig därvidlag från annat mänskligt umgänge. (Se exempelvis Bandura 1969, sid 143 ff, Yalom 1970, sid 91–94, Feldman 1970, sid 140 f, Vedeler 1973, sid 86 f och 176 f.) I vissa sammanhang fungerar terapeuten/personalen som immitations- eller identifikationsobjekt (modeller, ''idoler'') för ''patienten''/''patienterna''. Det är viktigt att detta medel utnyttjas medvetet. Riskerna att personalen förmedlar dubbla budskap (ett budskap i ord, ett annat i handling) eller budskap som är oförenliga med behandlingens målsättning, dessa risker blir mindre ju klarare personalen är över sin funktion som modeller. Ett medvetet utnyttjande av detta medel kräver nämligen dels att personalen själv uppträ-

der på ett sådant sätt som man vill lära ut, dels att personalen är helt klar över målsättningen för behandlingen.

Ett utnyttjande av det här medlet på Hindby förhindrades under första delen av undersökningsåret av att nästan alla i personalen genomgick en utbildnings- och mognadsprocess lik den som gästerna hade att gå igenom. För att inte verksamheten under sådana förhållanden skall ''falla i bitar'' fordras en samlande kraft. På Hindby var det föreståndaren som fungerade som sådan. Det kan emellertid vara värt att anteckna, att det inte rörde sig om ett auktoritärt ledarskap (dvs ett ledarskap grundat på legalt-formell expertstatus) utan om ett ledarskap grundat på reell kompetens och, inte minst, ett ledarskap grundat på personlig auktoritet, eller med ett annat uttryck: ett karismatiskt ledarskap (se not 7:3). Används ett sådant ledarskap – och det kan ibland med stor rätt motiveras med att det används p g a ''insedd nödvändighet'' – bör man dock ändå vara medveten om att det kan innebära en risk för att övriga i kollektivet passiviseras. (Föreståndaren var medveten om risken, vilket framkom i den intervju som gjordes med honom. När personalen under senare delen av undersökningsåret tog större ansvar för verksamheten drog han sig också allt mer tillbaka.)

Jag har här pekat på två aspekter av personalens förutsättningar som torde vara av särskild betydelse för behandlingen och därmed resultatet. Vad gäller faktorer i samhället kan sammanfattningsvis sägas att utgångspunkterna för personerna i hindbystudien antagligen inte skiljer sig från andra avvikargruppers. Det bör dock erinras om att arbetsmarknaden i Malmö-regionen under uppföljningsåret kännetecknades av synnerligen hård konkurrens – det var många sökande till varje ledigt jobb, både vad gäller kvalificerade och okvalificerade arbeten. Beträffande bostadsförhållandena kan dock noteras att situationen i Malmö var bättre än på många andra håll i landet. Av vilken betydelse har då dessa förhållanden varit för individernas möjligheter att förändra sin livssituation? Det är omöjligt att ge ett entydigt svar på den frågan, och att diskutera den ur alla dess aspekter skulle föra för långt. En aspekt kan dock beröras.

Arbete är en central del av en persons totala livssituation. Det är inte bara en försörjningskälla utan också en bas för identitet och grupptillhörighet. Det är alltså viktigt att behandlingen tar sikte på att ''ordna'' individens arbetssituation. Men för en person som sitter fast i apati och självförakt, är knäckt och anstaltsanpassad, neurotiskt låst och hämmad, är förmodligen inte ett arbete det allena saliggörande. Lika viktigt som att ''ordna'' arbetssituationen är det att frigöra individens inre resurser (mot bl a ökat egenvärde och ökad förmåga till samverkan med andra). Möjligheterna att lyckas med det senare bestäms av behandlingens innehåll och utformning.

Det är alltså inte med nödvändighet så att en annorlunda arbetsmarknadssituation skulle föranlett helt andra behandlingsresultat. Å andra sidan finns det gränser för vad som kan uppnås med en utvecklad behandling. Slutorden i den omfattande kartläggning av nykterhetsvårdens problem och möjligheter, som socialstyrelsen nyligen presenterat (Socialstyrelsen redovisar 1978:4), förtjänar att citeras här:

"Vården kan inte åstadkomma mer än marginella effekter för att motverka nyrekryteringen av missbrukare. Även när det gäller de etablerade missbrukarna finns det bestämda gränser för vad vården kan göra. Så länge hindren för återinträde på arbetsmarknaden för de missbrukare som en gång förlorat fotfästet där förblir så stora som de är i dag, så länge kommer också vården att ständigt ställas inför övermäktiga uppgifter."

7.5 Kriterieproblemet

I kapitel 3 framhölls att vilka förbättringskriterier som skall användas måste avgöras av institutionens målsättning – inte av forskaren. Problemet för forskaren blir att bestämma hur de skall mätas.

Hur skall man då gå till väga? Ett tillvägagångssätt som har rekommenderats, bl a av Piltz (1968) och Urban & Ford (1971), är att man på förhand väljer ut ett visst beteende och noggrant anger den önskade modifieringen. I hindbyundersökningen studerades, i linje med Hindbys mål, en rad variabler, avsedda att tillsammans ge en uppfattning om individens "totala" livssituation. Att välja ut någon bestämd variabel – som kunde sägas vara av särskilt intresse – lät sig inte göras. Däremot var det i någon mål möjligt att utifrån informationen från förprövningen ställd i relation till de mer konkreta behandlingsmål som fanns formulerade för verksamheten (se avsnittet "Hindbyhemmets mål och organisation" i kapitel 6), för varje individ bestämma vad som skulle anses som förbättring på varje enskild variabel. Någon *noggrann* bestämning kunde det dock inte bli fråga om, vilket sammanhänger med att det uttalade syftet med behandlingen på Hindby inte möjliggör någon detaljprecisering av målen. Syftet har angetts som att behandlingen skall "ge individen möjlighet att starta den utveckling som leder till att han/hon, utifrån sina egna förutsättningar, kommer till insikt om de problem som ligger bakom missbruket och lär sig bearbeta dem konstruktivt, för att på så sätt aktivt kunna påverka sin situation ute i samhället". – Behandlingen syftar som synes inte till att modifiera ett bestämt beteende på ett sätt som i förväg bestämts, och som därigenom kan definieras som behandlingens effekt. I resultatanalysen blev det därför i princip fråga om att studera om behandlingen gett den ökade självkunskap, som behandlingen syftade till, och på vilket sätt den enskilde individen tillgodogjort sig

behandlingen, dvs på vilket sätt han/hon valt att utnyttja den ökade kunskapen. (Hur analysen i praktiken gick till beskrevs i kapitel 6.)

Den här frågan diskuteras av Sigrell (1970, sid 9), som också konstaterar:

"Om man i förväg förutsäger det förväntade resultatet av en 'lyckad terapi' har man frånsagt sig möjligheterna att studera hur den enskilde individen själv väljer att handskas med den nya kunskap psykoterapin förväntas ge. Det är klart att forskaren utifrån en speciell teori kan förutsäga alternativa utfall och bestämma ett antal sådana. Men det måste trots allt bli fråga om en avsevärd begränsning av individens handlingsmöjligheter."

En person gifter sig, en annan skiljer sig. En person lyckas få ett arbete, som han går in för med liv och lust, en annan slår av på takten i det arbete han redan har. En person drar ett streck över gamla oförrätter, en annan drar igång en befriande uppgörelse med den det gäller. Förbättring är ett vittomfattande begrepp, och det är omöjligt att på förhand exakt bestämma vad som "bör" komma ut av en behandling som tar sikte på att utveckla individens egna resurser och förmåga att ta ansvar för sig själv och sina problem.

Hit hör också frågan om vilken typ av anpassning som eftersträvas. Thelander (1975), som utfört en analys av anpassningsbegreppet, gör bl a en uppdelning mellan yttre kontra inre anpassning. Med de variabler som använts i hindbystudien kan *yttre anpassning* definieras som att individens situation har förändrats vad gäller bostad, arbete, ekonomi, missbruk, kriminalitet, fritid och sociala relationer; *inre anpassning* kan definieras som höga värden vad gäller psykologiska faktorer och psykisk hälsa. Den inre anpassningen kan i sin tur delas upp i personlig kontra subjektiv anpassning. Kriterier på personlig anpassning är "självförverkligande" och "aktiv strävan efter positiv förändring". Subjektiv anpassning är liktydigt med personlig tillfredsställelse, dvs trivsel i den sociala miljön hur denna än ser ut.

"En skillnad mellan personlig och subjektiv anpassning ligger alltså i det faktum, att *subjektiv anpassning* (= personlig tillfredsställelse) kan ses helt fristående från situation och miljö, medan *personlig anpassning* måste relateras till dessa faktorer. Man kan exempelvis knappast betrakta en hospitaliserad neurotiker som personligt anpassad, för att han upplever subjektiv anpassning på det mentalsjukhus, som han inte vågar lämna." (Thelander 1975, sid 16 f).

Yttre anpassning och subjektiv anpassning är observerbara och mätbara fenomen. Den personliga anpassningen måste bli föremål för förståelse och tolkning.

Behandlingen på Hindby syftar, som tidigare framgått, till personlig anpassning, vilket än en gång visar på det omöjliga i att på förhand i detalj bestämma vad som kan anses vara förbättring. Fruktbarheten av ett humanvetenskapligt perspektiv kan vidare noteras.

7.6 Spontanförbättring

''Spontanförbättring'' (eller med en annan term ''självläkning'') har att göra med att en viss förbättring kan vara en följd av något helt annat än behandlingen. (Ett typexempel är den f d missbrukaren som blivit förälskad under observationsperioden). Problemet med spontanförbättring är i flera avseenden analogt med kriterieproblemet, bl a vad gäller svårigheterna och möjligheterna att bestämma vad som är effekter av en miljöterapeutisk behandling.

Vid databearbetningen studerades inte enbart om det existerade skillnader före och efter behandlingen. För att eventuella skillnader skulle tillmätas betydelse fordrades även att de kunde ses som resultat av själva behandlingen. Detta kräver dock ett par särskilda kommentarer.

För det första bör man i det här sammanhanget observera, att en noterad förändring – trots att den till en del är en följd av något annat än behandlingen – ibland kan tillskrivas själva behandlingen. Detta är inte så paradoxalt som det kan förefalla. Trots att en person t ex blivit förälskad och fått mycket stöd av sin fästmö/fästman kan behandlingen ändå ha varit av avgörande betydelse. Personen ifråga har kanske – just som ett resultat av behandlingen – för första gången i sitt liv kunnat etablera en djup och stadigvarande kontakt med en annan människa. Resonemanget kan illustreras med ett par ''fall'' ur levande livet:

''Vi har till exempel en man och en kvinna som träffades på Hindby. De var båda ensamma när de kom dit, men lever tillsammans efter Hindbyvistelsen. Ytligt sett kan det verka som om det är ''kärleken'' som svarar för förändringen. Men vi vet (genom intervjuer och mötesanteckningar) att dessa båda människor när de kom till Hindby var ''brända'' av tidigare relationer. Ingen av dem vågade lita på någon människa. Den ena hade tidigare ofta blivit utnyttjad och den andra hade levt på att utnyttja andra. I kollektivet lyckades de, under stor vånda, att reda ut sina relationsproblem. De fick insikt i varandras sätt att vara och reagera på. De lärde sig att verkligen kunna tala om allt med varandra, vilket de också har fortsatt med och fördjupat efter Hindbytiden.

Ett annat exempel är en man som tillsammans med sin fru sökte familjeterapi 1/2 år efter utskrivningen, då kontakten dem emellan höll på att brista. Mannen upplever sig ha fått mycket hjälp av denna terapi. Här kan då synas som om det är familjeterapin – och inte behandlingen på Hindby – som gett en bra relation i hemmet. Vad gäller denne man vet vi dock att han för Hindbytiden aldrig haft en djupare relation till någon vuxen människa. Han har varit inbunden och gått för sig själv. På Hindby fann han ett annat sätt att vara. Han vågade gå ut ur sin inbundenhet och lärde sig också att på ett nytt sätt ta ansvar för sig själv och andra (bl a sin del av ansvaret i familjen). – Man kan se det som att han efter Hindbyvistelsen gick vidare på den väg han valt.'' (Ur Jenner m fl 1977 a, sid 120–121).

I exemplen visas på två faktorer, som kan påverka förloppet vid sidan av själva behandlingen – ''kärlek'' respektive annan terapi. Något som bara

antyds, men som man också måste ta hänsyn till, är personens *egna* insatser. Modig (1975, sid 25) påpekar:

"Om behandlingsideologin innebär en tilltro till klientens egna resurser, till hans förmåga att förändra sin situation och behandlingen syftar till att ta fram och uppmuntra hans eget initiativ och hans vilja att ta ansvar för sin tillvaro, så innebär ju detta att det är mycket svårt att dra någon gräns mellan 'självläkning' och behandling".

Detta att det är svårt att dra en gräns mellan spontanförbättring och behandling inenebär dock inte att det är *omöjligt*. I exemplen belyses att om man har kunskap om undersökningspersonernas *bakgrund* och *utveckling under behandlingstiden* (och en sådan kunskap förefanns om samtliga undersökningspersoner), så går det att få fram behandlingens inverkan i en eventuell förändring. Man kan se vad det är i processen mot förbättring som behandlingen kan ha inlett eller förstärkt.

Hur man ser på detta med spontanförbättring är kopplat till den behandlings- och forskningteori som man företräder. Om man har en snävt symtominriktad syn på behandling och forskning och utgår från att behandlingen bara är en sak för den som behandlar – då behöver man inte bekymra sig om resonemang av det slaget som här har förts. Eftersom det att hjälpa individen att byta livsform och förändra sin totala livsssituation *inte* är någonting man sysslar med under behandlingen, så faller det hela naturligt utanför ramen för det som man är intresserad av att studera när man utvärderar behandlingen. Symtomförbättring som följd av förbättrade sociala relationer etc betraktas då (definitionsmässigt) som "spontanförbättring".

På Hindby har man däremot en helhetssyn och man kan se behandlingen där som en form av *utbildning*, ett pedagogiskt arbete där "behandlaren" med användande av sina kunskaper söker få "patienten" att på ett nytt sätt använda sina egna personliga resurser mot uppställda mål. Frågan om spontanförbättring kontra resultat av behandlingen blir då en fråga om att söka utröna vad individen lärt sig och hur han/hon lyckas tillämpa sina nya "kunskaper".

Till detta kan fogas en ytterligare kommentar.

Siffror på spontanförbättringens storlek har rapporterats i olika undersökningar. Ofta varierar siffrorna. Vid en genomgång av ett antal undersökningar kommer Emrick (1975) fram till ett medelvärde på 43 %. Det gäller då personer som deltagit i den studerade behandlingen under en mycket kort tid och som ändå uppvisar en viss förbättring. Ett motsvarande mått på spontanförbättringen i hindbystudien hade kunnat erhållas om även "drop-out-gruppen" blivit föremål för uppföljning.

Man kan emellertid ställa sig tveksam till värdet av att ange generella mått på spontanförbättring. De grupper det i allmänhet är fråga om blir ''utsatta'' för en mängd olika vård/behandlings- och rehabiliteringsåtgärder, varav den studerade bara är en del. (Se not 7:4). Långt viktigare än att ange spontanförbättringen i siffror är det att beskriva s a s ''innehållet'' i en noterad förändring och relatera denna till innehållet i den aktuella behandlingen. Och detta av två skäl: Förbättring i den grupp som *inte* blivit föremål för den studerade behandlingen kan vara en följd av annan behandling. Även det omvända kan vara fallet: I den grupp som blivit föremål för den studerade behandlingen kan en noterad förbättring vara resultat av andra åtgärder, vilket är omöjligt att upptäcka såvida man inte beskriver ''innehållet'' i förändringen. I hindbymaterialet finns t ex en man som vid uppföljningen hade egen bostad och skötte ett arbete. Men både bostaden och arbetet hade hans socialassistent skaffat åt honom, och att han ''skötte sig'' berodde enligt honom själv på att han annars riskerade tvångsvård. Här rör det sig om ''spontanförbättring'' sett i relation till behandlingen på Hindby, men inte om resultatet relateras till traditionell nykterhetsvård. Med de mål och medel som där används rör det sig om en reell förbättring.

7.7 Missbrukskarriären

Begreppet missbrukar- eller missbrukskarriär hänför sig till beskrivningar av drogmissbrukets utveckling/förlopp. En poäng med dessa beskrivningar är att man tar fasta på olika typer av drogbrukare/stadier av drogbruk istället för att enbart försöka formulera klara medicinska eller sociala kriterier på vem som är drogmissbrukare (och vem som inte är det), något som visat sig ganska fruktlöst. (Jfr Bruun 1964, sid 313). Bruuns (1964) indelning av människor i olika kategorier utifrån graden av beroende och social avvikelse (se not 6:1) kan ses som ett tidigt försök att tänka i de här banorna. Andra bidrag med andra kriterier har lämnats av bl. a. en statlig utredning i USA (National Commission ...1973), Chambers (1974) och av Gunne & Frykholm (1977). Se not 7:5.

I nedanstående schema ställs de centrala begreppen i ovannämnda beskrivningar mot varandra. Beskrivningarna gäller framför allt narkotika(miss)bruk, men i sina väsentliga drag kan de antas vara applicerbara även på andra former av drogbruk. (Vid mer detaljerade beskrivningar måste man givetvis ta hänsyn till typ av drog, om drogen tillhandahålles legalt eller illegalt, tiden för tillvänjning, samhällets sanktioner, etc. Jfr Nygren 1978, sid 90.)

Bruun (1964)	Chambers (1974)	National Comm. (1973)	Gunne & Frykholm (1977)
1. De som inte använder droger.	1. Icke-brukare (Non users)		
2. De som använder droger, men utan att vara beroende av dem	2. Brukare (Users)		STARTPUNKTEN
	a) De som experimenterar (Drug experimenters)	Experimentellt bruk (Experimental use)	1. Experimentstadiet
	b) Sociala/ rekreationella brukare (Social/recreational users)	Rekreationellt bruk (Social-recreational use)	2. Adaptionsstadiet
		Situationellt bruk (Circumstantial-situational use), t. ex. som reaktion på akut stressituation	
3. De som använder droger och är beroende av dem, men utan att av samhället definieras som missbrukare.	c) Huvudsaklig förändring (Primary Intervention Point)		
	d) Vanemässiga brukare (Committed users)		
4. De som använder droger och är beroende av dem och som av samhället definieras som missbrukare.	3) Dysfunktionella brukare (Dysfunctional users)	Tvångsmässigt bruk (Compulsive (drug use)	3. Det kompulsiva stadiet
			VÄNDPUNKTEN
			4. Utbrytningsförsök
			5. Behandlingsstadiet
			6. Emancipationsfasen

Gunnes & Frykholms beskrivning är den mest utvecklade genom att den också beskriver vägen ut ur missbruket. Den skall här tas som utgångspunkt för en kort diskussion om missbrukskarriär. Diskussionen föranleds av att det i hindbystudien redovisas resultat som strider mot Gunnes & Frykholms framställning av missbrukskarriären.

Enligt Gunne & Frykholm (1977) ser en missbrukarkarriär i stora drag ut på följande sätt: Från startpunkten går nybörjaren in i experimentstadiet. Den förhärskande attityden är då att narkomanidentiteten lockar. Avgiftningsmotivet är ''panik''. I vissa fall kan missbrukaren lämna den påbörjade karriären redan på detta stadium. Vanligen går personen dock vidare till nästan utvecklingsstadium. Den förhärskande attityden är att narkomanidentiteten accepteras. Avgiftningsmotiv saknas. Adaptionsskedet är ett kliniskt tyst skede. Förr eller senare leder missbruket in i ett tvångsbetonat begär efter preparaten. Narkomanidentiteten befästs. Avgiftningsmotivet är oftast missbrukskonserverande skäl. Så småningom brukar den punkt i narkomanens karriär inträffar när han börjar ifrågasätta sitt levnadssätt (vändpunkten). Sedan beslutet fattats kommer ett skede av utbrytningsförsök. Narkomanidentiteten ifrågasätts. Avgiftningsmotivet är att man vill försöka sluta. Missbrukarens vistelser i vårdapparaten har nu ändrat karaktär, eftersom behandlingsmotivationen tilltar. Efter någon tids utbrytningsförsök inträder ett skede då behandlingsförsöken får allvarligare inriktning. Under missbrukskarriärens sista fas (emancipationsstadiet) minskar gradvis behovet av terapeutiskt stöd och individen kan under allt längre perioder reda sig på egen hand.

Gunne & Frykholm menar att en vinst med att tänka i termer av ''missbrukskarriär'' är att man kommer ifrån ett tidigare betraktelsesätt, enligt vilket vissa personer eller vissa droger på ett oföränderligt sätt skulle vara förbundna med dålig prognos. ''Återfallsbenägenheten'' är istället ''en gradvis föränderlig egenskap, sammanhängande med missbrukarnas position i karriären'' (1977, sid 4311).

I en nyligen framlagd doktorsavhandling menar sig Frykholm (1978) ha funnit empiriskt stöd för det sagda och anger också vissa tidsangivelser för missbrukskarriärens olika avsnitt. Frykholm drar bl a följande slutsats: ''Många terapeutiska ansträngningar, som nu görs i skeden då missbrukaren inte är mottaglig för dem, skulle måhända kunna sparas till en mer gynnsam tidpunkt, till glädje för båda parter'' (1978, sid 21).

Man kan emellertid ifrågasätta den beskrivna lagbundenheten i processen. Det kan inte uteslutas att behandlingens innehåll och utformning har betydelse för när ''vändpunkten'' inträffar. I hindbystudien redovisas resultat som tyder på att så kan vara fallet. (Se Jenner m fl 1977 a, sid 138. Jfr

Vaglum1978, kap 9.) Enligt Gunnes & Frykholms modell borde samtliga förbättrade ha passerat vändpunkten, dvs befinna sig i det stadium som kännetecknas av utbrytningsförsök, i behandlingsstadiet eller i emancipationsstadiet. Det kan också uttryckas som att graden av förbättring borde sammanhänga med individens behandlingsmotivation då behandlingen påbörjades. Det visade sig emellertid att behandlingsmotivationen/''viljan till förändring'' var av relativt liten betydelse för förbättring. Eller rättare sagt: det föreföll vara av relativt liten betydelse huruvida vistelsen på Hindby *föregicks* av ett personligt ställningstagande. Även om behandlingsmotivationen var liten då behandlingen påbörjades lyckades man, i synnerhet under ett ''bra'' behandlingsklimat, att *skapa* en vilja till förändring. Resultatet kan inte tolkas som att motivationsaspekten (individens personliga vilja att byta livsform) är utan betydelse för behandlingsframgången. Men resultatet pekar på betydelsen av att förskjuta fokus från individen till behandlingen. (Se också Rossi & Filstead 1976, sid 204 ff, för en diskussion av motivationsbegreppet.) Den redovisade skillnaden mellan Frykholms (1978) resultat och hindbystudiens *kan* bero på att det i det ena fallet gäller narkotikamissbrukare, i det andra alkoholmissbrukare. Men det kan å andra sidan inte heller uteslutas att skillnaden beror på avgörande olikheter vad gäller behandlingsinriktning.

I konsekvens härmed bör en beskrivning av missbrukskarriären även ta hänsyn till frågor om behandlingens innehåll och utformning. – Hur skall man nå och kunna påverka drogbrukare i experimentstadiet, så att de inte går vidare i sin karriär? Vilka behandlingsbrister är det som gör att avgiftningsmotivet för personer i det kompulsiva stadiet ofta är missbrukskonserverande skäl? Finns det härvidlag skillnader mellan olika behandlingsprogram? – Först när frågor av det här slaget tas i tillräckligt beaktande kan man börja tala i termer av eventuell behandlingsbarhet hos individerna. För forskningens del betyder det sagda att man måste gå fram på annat sätt än via konventionella undersökningsuppläggningar, där behandlingen betraktas som en ''svart låda''. (Jfr kapitlen 2 och 3. Se också Nygren 1978, sid 117 ff för en diskussion av vilka kunskapsluckor det finns när det gäller missbrukskarriärer.)

7.8 Marginalkonflikt

Blomgren (1974) har i en undersökning beskrivit den *marginalkonflikt* som ett antal f d narkotikamissbrukare hamnat i efter behandling i ett terapeutiskt samhälle (Rätansgården). Att befinna sig i en marginalposition är som

att sitta mellan två stolar, att leva i marginalen av två kulturer. Individen har under en längre tid tillhört den egna gruppen, minoritetsgruppen, men önskar tillhöra den omgivande gruppen, majoritetsgruppen. Han är på väg från den egna gruppen mot tillhörighet i en ny grupp. Om individen upplever svårigheter att förankra sig i den nya gruppen eller inte känner sig accepterad som en fullvärdig medlem i den, kan detta skapa en inre konflikt hos individen som kan kallas en marginalkonflikt; en känsla av att hänga i luften mellan den grupp och det kulturmönster han är på väg ifrån och den grupp och det kulturmönster han är på väg emot. – Blomgren beskriver marginalkonflikten utifrån olika ''marginalsymtom'', dvs utifrån upplevelser och beteenden som är typiska för en person som befinner sig i marginalkonflikt. De olika ''marginalsymtomen'' är: dubbel identitet, ambivalens i attityden gentemot det gamla och det nya livet, överdriven självmedvetenhet, översocialt beteende, ökad sårbarhet, isolering, tendens att sluta sig till grupper och människor som befinner sig i en likartad situation.

Även Feldman (1973) har skildrat marginalkonflikter i samband med miljöterapeutisk behandling. Under behandlingen skiftar individen normer och referensgrupp från socialt avvikande grupp till socialt accepterad grupp. Feldman menar, delvis på basis av en egen undersökning, att ju effektivare behandlingen är, desto mer förändras individen, och *desto allvarligare blir marginalkonflikten* (se Feldman 1973, sid 81).

Den här frågan har inte specialstuderats i hindbystudien. Men svaren på frågor om självupplevelse, om aktuell problematik, om sociala relationer och vänner, och om sättet att förhålla sig till människor i ens omgivning, tyder på att en hel del av våra intervjupersoner befinner sig i en marginalkonflikt vid uppföljningen. Främst kan man notera en osäkerhet i identitetsupplevelsen, men man kan också notera en överdriven medvetenhet inför sig själv gentemot den nya gruppens medlemmar. Man försöker många gånger uppvisa ett ''översocialt beteende'' – dvs man försöker vara perfekt i en strävan att bli accepterad – vilket ofta skapar en spänningsfylld och kravfylld tillvaro. Eller också lider man av att inte känna sig riktigt hemma någonstans. Samtidigt kan emellertid noteras, att många av intervjupersonerna verkar ha kunnat lösa de här problemen på ett för dem mer tillfredsställande och mer avspänt sätt. Man strävar inte efter att ''bli som andra'' (eller egentligen: som man tror att andra är), utan efter att ''vara sig själv''. Konkret kan det t ex handla om att man accepterar att man ibland är orolig och ångestfylld. Man försöker då inte förneka det – dvs anlägga en mask och låtsas som om allt står väl till. Man vågar visa det, och man ser det inte som något ''fel'' hos sig själv att man kanske behöver stöd av sin omgivning eller att arbetsförmågan ibland kan vara nedsatt. (Man vet att man också har

resurser att skapa sig en meningsfull tillvaro och att man vid behov kan vara till hjälp och stöd åt andra människor).

Det sagda kan knappast gälla för ett forskningsresultat i strikt mening. Det handlar mer om en anspråkslös iakttagelse. Men det som framkommit visar ändå på något väsentligt när det gäller frågan om marginalkonflikt, nämligen att denna fråga bör sättas i samband med frågan om typ av anpassning, vilken i sin tur är beroende av behandlingens syfte.

Den inriktning som i begreppsanalysen kallats ''bot och anpassning'' hör vid närmare betraktande samman med yttre anpassning och subjektiv anpassning. Syftet ''frigörelse och utveckling'' hör samman med personlig anpassning. (Jfr avsnittet om Kriterieproblemet ovan).

När individens behov kolliderar med krav i miljön uppstår en konflikt. Konflikten kan lösas antingen genom en yttre och subjektiv anpassning, vilket innebär att individen anpassar sig efter omgivningens krav och tränger undan de egna behoven (strävar efter att ''bli som andra''), eller genom personlig anpassning, vilket innebär att individen aktivt arbetar för förändring av miljön, så att den kan uppfylla de egna behoven. Ett första steg mot personlig anpassning är självaccepterande, dvs att man inte sammanblandar det man skulle vilja vara (t ex alltigenom harmonisk och konfliktfri) med det man är, eller omvänt: att man börjar se det man faktiskt är (en människa med ångest och problem, men också med möjligheter att hantera sin ångest och lösa problemen). Det kan i det här sammanhanget noteras, att man på Hindby inte försöker *bota* ångest. Ångest ses som något positivt och genuint mänskligt. Det kan vara en drivkraft till förändring och utveckling. Behandlingen går bl a ut på att lära sig mer konstruktiva sätt att hantera sin ångest än att ta till droger.

Man kan här våga göra det antagandet att risken för marginalkonflikt är större om behandlingen syftar till yttre och subjektiv anpassning (ett begrepp som kanske tydligare anger vad det handlar om är *konformism)* än om tonvikten ligger vid personlig anpassning (eller med ett annat begrepp: *skapande förändring*). För att återknyta till Feldmans tes (se ovan) om att marginalkonflikten blir allvarligare ju effektivare behandlingen är, så kan det sägas att den tesen antagligen inte har generell giltighet utan är begränsad till miljöterapeutisk behandling som uppmuntrar ett konformt beteende.

7.9 Forskarrollen

Med en bild kan man beskriva den ''naturvetenskaplige'' behandlingsforskaren som stående i dörren till institutionen, där han för anteckningar om ''patienterna'' när de går in i huset och när de kommer ut igen. Det som

händer *inne* i huset undersöks inte närmare; inte heller görs försök att komma ''patienterna'' inpå livet. – Ett tämligen okomplicerat sätt att forska, åtminstone sett utifrån forskarrollen. Svårare blir det när man har ambitionen att studera behandlingen inifrån och att fånga ''patientens'' egna upplevelser av sin situation. Det är då framför allt fyra problemområden som förtjänar uppmärksamhet.

1. Hur skall man komma in på institutionen, dvs hur skall man få till stånd ett förtroendefullt samarbete med personal och ''patienter''? Ett sätt att möta eventuell misstänksamhet mot forskare och rädsla att bli utvärderad är att syftet med utvärderingen klarläggs och att forskaren och behandlingsenheten tillsammans diskuterar hur forskningen skall läggas upp. Ett sådant förfaringssätt, som för övrigt tillämpades när forskningen på Hindbyhemmet introducerades, kompliceras emellertid av att det i allmänhet finns flera syften och uppdragsgivare bakom ett forskningsprojekt. Weiss (1972, refererad i Bell 1975, sid 33) ger följande typologi över motiv för utvärdering:

- Att fortsätta, eller avsluta, det aktuella programmet.
- Att förbättra programmets olika delar.
- Att lägga till eller dra ifrån enstaka handlingslinjer eller behandlingar.
- Att etablera liknande program någon annanstans.
- Att fördela resurser bland tävlande program.
- Att acceptera eller förkasta en programidé eller teori.

Weiss antyder här en del av de omständigheter som gäller vid varje utvärdering. Någon/några (föreståndare, administratörer, politiker) vill något med en utvärdering och behöver den som stöd. Det är viktigt att forskaren försöker identifiera motiven bakom en önskan om utvärdering. Frågan om ''på vilken sida man står'' ställs här på sin spets. Inför personal och ''patienter'' måste forskaren kunna klargöra sin position. Det är också nödvändigt att forskaren skaffar sig stor frihet i arbetet och möjligheter att förutsättningslöst granska behandlingen.

2. Givet att man uppnått ett förtroendefullt samarbete med dem som vistas på behandlingsenheten (personal och ''patienter'') kan det uppstå situationer då man som forskare – av irrationella personliga motiv eller taktiska skäl – frestas att värdera förtroendet och ''kompisskapet'' högre än en kritisk analys. Jag påstår inte att en sådan inställning kan försvaras, men jag menar att man inte bör blunda för den, och att den kan förstås mot bakgrund av det intima samarbetets betydelse för en själv (som person och forskare) och för forskningsprojektets genomförande. Problemet har uppmärksammats av flera forskare med erfarenhet av deltagarobservation och fältstudier, t ex Becker (1970), Trice (1970) och Weppner (1976). Det torde

inte vara särskilt påträngande för en forskare som är helt fristående från ''studieobjektet''.

Det här problemet kan även formuleras som ett problem rörande roller, och vikten av att forskaren inför sig själv och andra klart definierar sin roll måste här understrykas. Ändå kan det i det praktiska arbetet lätt uppstå rollkonflikter när man ingår som medlem i ett behandlingskollektiv samtidigt som man har som uppgift att utvärdera verksamheten. Det kan många gånger vara lättare att bejaka deltagarrollen än observatörs/forskarrollen, birollen görs om till huvudroll. – En lösning kan vara att den etnografiske forskaren har sin ''arbetsmässiga hemmahörighet'' utanför behandlingsenheten. En annan att utvärderingen utförs av minst två forskare, varav en (eller ett par) arbetar på institutionen och någon/några är helt fristående.

3. Vid intervjuundersökningar av personer med personliga och sociala svårigheter uppstår en rad problem, som sällan uppmärksammas. Hessle (1977) diskuterar utförligt tio etiska problemställningar i samband med ''forskning med utsatta''. Flera av dessa kan även formuleras som frågor om forskarrollen:

- Hur ska man bemöta försökspersoner med akut vårdbehov?
- Hur ska man undvika att aktualisera försökspersonernas grundproblematik i samband med att man söker upp dem?
- När ska forskaren handla som medmänniska gentemot försökspersoner, och hur?
- Hur handskas man med det inflytande som intervjufrågor får på försökspersonernas livssituation?

Hessle har formulerat dessa frågor utifrån erfarenheter av en uppföljningsstudie. Hindbystudiens uppläggning (med intervjuer även före behandlingen) väcker ytterligare en fråga:

- Hur handskas man under själva behandlingsprocessen med den kunskap man erhållit i intervjun?

Intervjuarrollen är vid närmare betraktande ofta tredelad – man är behandlare, medmänniska och forskare. Prioriteringen av forskarrollen gör att man känner sig otillräcklig i de andra rollerna. Ändå står det klart, att forskarrollen måste prioriteras. Vad man kan erbjuda intervjupersonen och vad man själv tvingas lita till för intervjupersonens del är, i bästa fall, hjälp av andra behandlare eller medmänniskor. Samtidigt bör det framhållas att även om intervjun inte kan bli till terapeutisk nytta för intervjupersonen måste man i största möjliga utsträckning gardera sig mot att den blir till skada, varför

intervjuaren bör ha kunskap om och erfarenhet av hur man handskas med känslomässigt konfliktfyllt material.

4. Ett kvalitativt forskningssätt ställer speciella krav på forskarens kvalifikationer. Kunskap om forskningsteknik och metodik är inte tillräckligt. Framgången är dessutom beroende av forskarens förmåga att göra sig själv till ett känsligt forskningsinstrument genom att gå utanför sina egna perspektiv och bli bekant med perspektiven hos dem han studerar (Wilson 1977). För att forskningsproceduren inte skall karakteriseras av försök–och –misstag krävs utbildning och föregående träning i det här sättet att forska, något som i allmänhet inte ges vid de akademiska institutionerna i dag. (Se not 7:6.)

För att skapa förutsättningar för, så långt möjligt, riktiga tolkningar/värderingar av den information och de processer man kommer i kontakt med som forskare krävs vidare att forskaren har förmåga till förståelse av och ingående kunskap om de fenomen som är föremål för studium. Vad gäller studium av miljöterapeutisk behandling torde t ex egen arbetserfarenhet inom området vara nödvändig. Psykoterapiutbildning är värdefull.

7.10 Validitets- och reliabilitetsproblemen

Enligt gängse språkbruk har validitetsbegreppet att göra med sanningshalten i påståenden som görs om företeelser och förhållanden i den ''empiriska världen'' – eller annorlunda uttryckt: att man mäter det man avser att mäta. Reliabilitetsbegreppet har att göra med exaktheten/tillförlitligheten i mätningen. Hög reliabilitet är en förutsättning för hög validitet, men hög reliabilitet garanterar inte hög validitet. Till frågan om validitet måste nämligen knytas de frågor om kriterieval etc, som togs upp tidigare. Med användningen av operationella definitioner har man ofta i ''traditionella'' undersökningar s a s definierat bort validitetsproblemet genom att ''verkligheten'' gjorts identisk med det som instrumenten mäter (Deutscher 1970. Jfr också Lindström 1969).

Vilken gestalt/utformning validitets- och reliabilitetsproblemen får i en undersökning är avhängigt det perspektiv som forskningen utgår ifrån.

De datainsamlingsmetoder som framför allt användes i hindbystudien var intervjuer, frågeformulär och deltagande observation. Vissa data inhämtades via register. Att tonvikten legat vid ''mjuka'' data innebär knappast någon förlust ur reliabilitetssynpunkt. Registerdata är långt ifrån så ''exakta'' som man ibland föreställer sig. Vad t ex gäller uppgifter om missbruk bygger de ofta på socialassistenters subjektiva bedömningar. Man har här att också ta hänsyn till att registreringen av åtgärder inte sker på något

enhetligt sätt och att det i vissa kommuner, däribland Malmö, är vanligt att vidtagna åtgärder inte alls blir registrerade i nykterhetsnämndens register (Joelsson & Persson 1976, sid 65–72). Vad gäller socioekonomiska uppgifter föreligger särskilda svårigheter i det att man i Malmö använder ett system där koderna för socialhjälp är mycket grova. Kostnader för ''uppehälle'' kan t ex gälla bostadsanskaffning.

I en diskussion av reliabiliteten hos olika typer av register konstaterar Kühlhorn (1974, sid 40 f) att socialregistret ofta har låg reliabilitet, medan reliabiliteten hos kriminalregistret och försäkringskassornas register är högre.

Thelander (1975, sid 75) påpekar emellertid att även registerundersökningar av kriminalitet löper risk att vara otillförlitliga. Individen kan vid en efterundersökning vara registrerad som *dömd* för brott under uppföljningstiden som han dock *begått* långt dessförinnan, kanske ett år tidigare. Eller han kan ha begått en mycket lindrig förseelse, som inte skulle föranlett allvarligare åtgärder om han inte hade varit straffad tidigare, och arten av påföljd indikerar en sämre social anpassning än vad som verkligen föreligger.

Vad gäller intervjuer är det givetvis inte en helt objektiv bild av verkligheten man härvid får. Dels kan intervjupersonen bara beskriva sin subjektiva uppfattning av händelser och förhållanden, dels föreligger ibland en tendens att ge svar som av intervjupersonen uppfattas som socialt önskvärda (den s k SD-effekten, av ''social desirability''). Detta är felkällor som generellt gäller vid intervjuundersökningar. Något tillspetsat kan man påstå att denna osäkerhet beträffande tillförlitligheten är det pris man måste betala för vinsten i form av bredd och djup hos data. Det kan emellertid till hindbystudiens ''försvar'' sägas att det mycket välvilliga bemötande som undersökningen fick från kollektivets sida och det faktum att kraven på öppenhet och ärlighet är höga på Hindby, talar för att undersökningen i ganska liten utsträckning har snedvridits av den nyss nämnda tendensen att ge ''socialt önskvärda'' svar. Att intervjusituationerna genomgående präglades av uppriktighet var också en bestående uppfattning inom forskargruppen. (Se not 7:7) Intervjupersonerna var vidare på det klara med att deras svar var anonyma, så någon rädsla för att de skulle föras vidare (t ex till socialassistenter eller andra i kollektivet) behövde inte finnas. Inte heller behövde någon tveksamhet finnas beträffande anonymiteten vid resultatredovisningen.

När det gäller användningen av frågeformulären föreligger en mätteknisk risk i form av ''retesteffekter'', dvs effekter av att mätning sker vid flera tillfällen med samma instrument. Av de undersökningar som Skinn (1969)

gjort av vissa ångestskalor framkommer t ex att en viss ''förbättring'' vad beträffar poängsumman alltid sker då formuläret ges två gånger, även vad gäller icke behandlade personer. Detta innebär att man inte genast kan dra positiva slutsatser om behandlingsresultatet efter en jämförelse mellan ''testresultaten'' före och efter behandlingen. Samtidigt skall det framhållas att frågeformulären inte intog någon självständig ställning i undersökningen. De mått som erhölls med formulären integrerades med den generella bild som övriga metoder gav.

Vid studiet av processen användes deltagande observation. Alternativt hade datainsamlingen kunnat ske via intervjuer med ''informanter'' (i detta fall personalen) eller via en kvantitativ metodik (sociometri, strukturerade observationsschemata och liknande). Zelditch (1970, sid 220) har sammanfattat de krav som kan ställas på en adekvat metod i två punkter:

''1. *Informational adequacy,* meaning accuracy, precision, and completeness of data.
2. *Efficiency,* meaning cost per added input of information.''

Efter att ha diskuterat fördelar och begränsningar beträffande deltagarobservation, ''informant-intervjuer'' och kvantitativa mätningar utifrån dessa krav konstaterar Zelditch (1970) att deltagarobservation är prototypen och den bästa formen när det gäller att inhämta information om ''incidents'' och ''histories''. Det är också en adekvat och effektiv metod när det gäller att kartlägga ''unverbalized norms'' (Zelditch 1970, sid 229). Becker & Geer (1970) kommer till en liknande slutsats vid en jämförelse mellan deltagarobservation och ''informant-intervjuer''.

Det är självfallet flera problem förknippade med en metod som deltagarobservation, både med anknytning till den speciella forskarrollen (jfr ovan) och mer renodlat metodologiska. Till frågan om tillförlitligheten i det här sammanhanget hör bl a frågan om hur ''nära'' – med vilken grad av medverkan – forskaren skall delta i livet på institutionen. Genom ett ''nära'' och aktivt deltagande har man möjligheter att få relativt mycket information om institutionens liv, men får kanske svårt att se och verbalisera vad som sker i ett större sammanhang (eftersom man saknar distans till skeendena). Står man istället mer ''vid sidan'' har man lättare för det, men med mindre kännedom om alla detaljer finns risk för felbedömningar av vad som sker. Med förfarandet i hindbystudien – ''nära'' deltagande kombinerat med förankringar av observationerna i en relevant teori – kan det här problemet anses i det närmaste eliminerat.

En närliggande fråga är den om observationstidens längd. Om deltagarobservationen görs under kort tid finns risk att betydelsen av vissa enskilda händelser kan förstoras, dvs tillmätas en betydelse som överstiger ifrågava-

rande händelsers verkliga betydelse sett i ett större sammanhang. Detta problem är dock inte särskilt påträngande i hindbyundersökningen eftersom deltagarobservationen utfördes under så lång tid som ett år.

Det finns också mer svåröverskådliga felkällor som måste tas upp. Man bör t ex vara medveten om att undersökningen i sin helhet kan ha påverkat institutionsmiljön – kanske speciellt inledningsvis (jfr den s k Hawthorne-effekten) – och att forskargruppens agerande på institutionen kan ha påverkat processen och därmed resultaten. Dessa felkällor har inte kunnat kontrolleras, men de har uppmärksammats. Samtidigt bör det sägas att dessa felkällor inte är unika för hindbyundersökningen. De utgör t ex ofrånkomliga faktorer vid all s k aktionsforskning, dvs undersökningar där man parallellt med registrering av olika variabler arbetar på att eliminera missförhållanden etc och har att förändra ''studieobjektet'' i positiv riktning. Det finns dock en ganska stor skillnad mellan hindbyundersökningen och aktionsforskning, vilken förtjänar att påpekas. Även om det mer är fråga om en gradskillnad än en artskillnad, är denna skillnad väsentlig när det gäller att bedöma effekterna av forskargruppens och undersökningens inflytande på resultaten.

Vid aktionsforskning eftersträvar man en ständig feed-back mellan forskning och forskningsobjekt med det uttalade syftet att åstadkomma förbättringar. Man släpper ständigt ut delresultat, vilket samtidigt innebär att man ständigt förändrar målen och förutsättningarna. I hindbystudien, däremot, var utgångspunkten att låta Hindby ''sköta sig självt''. Visserligen lämnades vissa delresultat ut (bl a för att tillgodose önskemål från personalen) men vi i forskargruppen ålade oss själva att inte utnyttja vår förslagsrätt eller vidta andra initiativ till förbättringar. Detta för att i möjligaste mån minska inflytandet på institutionsmiljön. Även om forskargruppen på olika sätt kan ha påverkat behandlingsprocessen, har detta skett indirekt. Den primära uppgiften har alltså inte varit att påverka processen utan att *studera* den.

Vad beträffar resultatanalysen är några kommentarer på sin plats. Metodiken i hindbystudien byggde på insamlande av framför allt ''mjuka'' data om individerna och förståelse/tolkning av dessa data, inte på ''exakta'' hård-data-mätningar och statistik. Vikten av att man i behandlingsforskning försöker fånga individernas totala livssituation på detta sätt har flera gånger påpekats i det här arbetet. Resultaten man därvid får är ofta mångtydiga och ibland svårtolkade, men också innehållsrika, som bilder av levande människor är.

De som är kritiska mot den typ av databearbetning och dataredovisning som tillämpas i hindbystudien brukar säga att helhetsbilden och dess uttolkning är helt knuten till uttolkarens egen person. ''Tolkningen berättar mer

om den som tolkar än om den person som blir bedömd", menar man. Men när man med sådana här argument ifrågasätter giltigheten av de tolkningar som görs glömmer man bort att det inte handlar om att bedöma "hur-somhelst". Bedömningarna görs alltid mot bakgrund av någon form av teoretisk referensram. (Jfr Börjeson 1974, sid 104). De utgångspunkter som gällt i hindbystudien är de som vägleder arbetet på Hindby. Dessa utgångspunkter styr analysen på ett följdenligt och kontrollerbart sätt. I princip kan alla som är insatta i Hindbys mål och intentioner kontrollera bedömningarna. En mer konkret beskrivning av hur tolkningarna av behandlingsresultaten gick till har getts tidigare. Här kan bara nämnas att vi inom forskargruppen hade många diskussioner inbördes, kontrollerade varandras bedömningar och rådgjorde med referensgruppen i Malmö. Även om en bättre metod varit t ex strukturerade intervjuer med videobandinspelning, vilket ger unika möjligheter till validering av tolkningar, torde detta förfaringssätt klara frågan om validitet. Validitetsproblemet blir därmed främst ett dokumentationsproblem, dvs en fråga om hur resultaten skall redovisas.

Att redovisa dem i form av tabeller och diagram är omöjligt utan att göra våld på materialet. I hindbystudien redovisas resultaten i form av tre fallbeskrivningar, var och en typisk för sin kategori (Se *bilaga 3*). Självfallet är inte livssituationen precis densamma för alla personerna i en viss kategori. Men varje fallbeskrivning är typisk om man ser till helhetsbilden. Ett dilemma med den här formen av dataredovisning är dock att den i viss mån har karaktär av förtroendefråga. Läsaren tvingas lita på att övriga undersökningspersoner har en livssituation som i stort sett överensstämmer med den bild som ges i fallbeskrivningen. Konkreta bevis saknas dock. En lösning vore att redovisa samtliga resultat i form av fallbeskrivningar. Detta kan dock stöta på praktiska problem om materialet är stort. Men även etiska argument kan resas mot ett sådant tillvägagångssätt om det inte sker med undersökningspersonernas uttryckliga tillstånd, och det kan vara svårt att få personerna att "ställa upp" på en sådan fullständig redovisning. Om man på förhand meddelar intervjupersonen att resultatredovisningen kommer att ske – inte i form av helt anonyma tabeller och diagram – utan i form av utförliga fallbeskrivningar torde detta även kunna påverka reliabiliteten. Risken att intervjupersonen håller inne med uppgifter eller ger snedvriden information skulle öka.

Svårigheter uppstår också på ett annat plan: Hur redovisa gången i en (hermeneutisk) tolkningsprocess (med tonvikt på både tolkning och process), där varje "kunskapsbit" bedöms i relation till kontext och där varje "ny" förståelse förändrar förståelsen av allt det man "visste" tidigare?

Till dess att dokumentationsfrågan är löst, dvs tills dess att man nått fram

till en accepterad form för dataredovisning vid kvalitativa studier, tvingas man nöja sig med provisoriska lösningar. En sådan provisorisk lösning är att presentera några typiska fall, samtidigt som man på ett betryggande sätt behåller allt bakgrundsmaterial för en tid, för att bereda möjligheter för andra forskare att gå in och göra egna kontroller.

7.11 Generaliserbarheten

Några av de viktigaste undersökningsresultaten i hindbystudien kan sammanfattas på följande sätt: De resultat som redovisas motsäger uppfattningen att behandling i terapeutiskt samhälle är något som enbart passar för en ''exklusiv'' grupp av socialt förankrade alkoholmissbrukare. När behandlingen ''fungerar'' optimalt lyckas även ''utslagna'' missbrukare genom en hjälp till självhjälp förändra sin livssituation till det bättre. – Gäller dessa resultat enbart för Hindbyhemmet? Eller gäller de även för andra terapeutiska samhällen, där man tar emot alkoholmissbrukare?

Det mest försiktiga sättet att besvara frågorna är givetvis att säga att resultaten enbart gäller för de personer och den behandlingsinstitution som har studerats i undersökningen. Samtidigt kan det vara värdefullt att vidga perspektivet litet grann.

När man diskuterar den allmänna tillämpbarheten eller ''nyttan'' av en undersökning som hindbystudien, är det lätt att man hamnar i någon av två olika fallgropar. Antingen drar man mycket generella slutsatser och ser resultaten som tecken på vad den miljöterapeutiska behandlingsformen *som helhet* kan åstadkomma (se not 7:8), eller så viftar man bort resultaten som ointressanta bara för att de främst berör *en* eller några *få* institutioner. Båda dessa synsätt hindrar en fruktbar socialpolitisk debatt. Det finns ett annat sätt att tolka en undersökning som den här.

Det kan då vara vettigt att knyta an till den diskussion som fördes när frågan om Hindby är ett terapeutiskt samhälle diskuterades. Då framhölls det fruktbara i att se begreppet terapeutiskt samhället som en ''idealtyp'' – och att se verkliga terapeutiska samhällen såsom liggandes på olika ''avstånd'' från denna idealtyp. Eller annorlunda uttryckt: det finns inget ''riktigt'' terapeutiskt samhälle; det finns endast behandlingsinstitutioner som i högre eller mindre grad *liknar* en idé om det terapeutiska samhället. (Att se på terapeutiska samhällen på detta sätt är inte en teoretisk finess för dess egen skull, utan ett försök att i en enkel formel få med det terapeutiska samhällets ständiga föränderlighet).

För frågan om generaliserbarhet betyder det här att man redan av definitionsskäl måste avvisa alla utsagor om att forskningsresultaten skulle ha

giltighet för den miljöterapeutiska behandlingsformen som helhet. Det betyder också att en utvärdering som den här aldrig kan ses som mer än en ''lägesbeskrivning''. Terapeutiska samhällen förändras – de blir, i bästa fall, bättre och bättre (kommer närmare en idealtyp), dels i takt med att personalen får större kunskaper och erfarenheter, dels i takt med ideologiska förändringar i den omgivande behandlingsorganisationen. En utvärdering kan därför inte göra anspråk på att äga giltighet i ''tid och evighet''. – Vidare bör man hålla i minnet att det troligen inte finns två terapeutiska samhällen som är helt lika. En del terapeutiska samhällen motsvarar ganska väl en idealbild av terapeutiskt samhälle, andra är mindre väl utvecklade.

Det här är alltså ramarna för generaliserbarheten. Men trots dessa ramar, och trots att undersökningen är begränsad till en enda institution, kan resultaten ingå i en större diskussion. Det är troligt att man i ett terapeutiskt samhälle, som befinner sig på en lägre utvecklingsnivå än Hindby, inte ''lyckas'' lika bra, liksom det är möjligt att ett terapeutiskt samhälle på en högre utvecklingsnivå än Hindby kan uppvisa andra och mer genomgripande förändringar av individernas situation. Men resultaten ger en föreställning om vad som kan uppnås i ett terapeutiskt samhälle *på en viss utvecklingsnivå*.

För att det överhuvud taget skall vara möjligt att diskutera generaliserbarheten och jämförbarheten av undersökningsresultat utifrån det här perspektivet måste det i undersökningen självfallet ingå beskrivningar av behandlingens mål, förutsättningar och faktiska innehåll, liksom av ''patienternas'' symtombild och livssituation före behandlingen. Ytterligare en förutsättning är att beskrivningarna är något så när enhetliga till sin utformning. Om möjligheterna att jämföra undersökningar är begränsade, begränsas också möjligheterna att använda dem för induktiva resonemang. Det blir svårt att erhålla ett övergripande perspektiv.

Kapitel 8

Undersökningens begränsningar

Hindbystudien är behäftad med en del brister och begränsningar, som här skall tas upp till diskussion:

– Studiet av behandlingens inverkan på resultaten lämnar en viktig fråga obesvarad, nämligen *vad* i behandlingen som varit verksamt.

– Inte heller ges något uttömmande svar på frågan om *vilka* effekter behandlingen har och för *vilka personer* den har dessa effekter.

– Uppföljningstiden är begränsad till ett år. Frågan om resultatens varaktighet lämnas därmed öppen.

– En fjärde invändning som kan riktas mot undersökningen gäller avsaknaden av kontrollgrupp(er). Det är fortfarande en tämligen spridd uppfattning att kontrollgrupp(er) skulle utgöra någon sorts ''universalmedel'' i vetenskapliga sammanhang, vilket är en felaktig uppfattning. Men den tas upp till diskussion, eftersom myten om kontrollgruppmetodernas förträfflighet är seglivad.

8.1 På vad beror effekterna?

En grundläggande fråga vid behandlingsutvärdering är huruvida effekterna beror på själva behandlingen och i så fall vad i behandlingen. Det första ledet i frågan torde ha getts ett tillfredsställande svar i hindbystudien. Däremot är informationen om *vad* som varit verksamt tämligen torftig. – Är det demokratin (medbestämmandet och medansvaret) och den öppna kommunikationen? Är det de psykoterapeutiska insatserna i storforum, samtalsgrupper och psykodramagrupper? Är det miljön i sin helhet?

I en litteraturgenomgång med titeln ''Group Psychotherapy Outcome Research 1966–75'' konstaterar Parloff & Dies (1977) att det inte går att ge ett entydigt svar på frågan om gruppsykoterapi ensamt är en effektivare metod än andra i den psykiatriska arsenalen, men att vissa resultat tyder på att gruppsykoterapi i kombination med andra psykosociala insatser ger bättre resultat än om inte gruppterapi kommit till användning. En försiktig

slutsats skulle kunna vara att gruppterapi kan förstärka effekterna av en terapeutisk miljö, men att det kan vara svårt att isolera effekterna av en enskild behandlingsinsats. En begränsning i hindbystudien är under alla omständigheter att den ger så litet vägledning ifråga om vad som varit verksamt och därmed vad som konstituerar en ”bra” miljöterapeutisk behandling.

En aspekt av det sagda är att hindbystudien inte tillåter en precisering av sambandet mellan olika behandlingsfaktorer och resultatet. Vi kan framföra satsen att ett ”bra” behandlingsklimat tillsammans med en del andra behandlingsfaktorer ledde till (eller åtminstone bidrog till) ”bra” behandlingsresultat. Men i ett mer stringent teoretiserande måste man mer i detalj veta vilket slags samband det rör sig om. Zetterberg (1967, sid 80–84) anger sex egenskaper hos ett kausalt samband, varav fyra skall beröras här:

– Ett samband kan vara *deterministiskt* (om X, så alltid Y) eller *stokastiskt* (om X, så förmodligen Y).

– Ett samband kan vara *obetingat* (om X, så Y, oberoende av något annat) eller *betingat* (om X, så Y, men endast om Z).

– Ett samband kan vara *nödvändigt* (om X, och endast om X, så Y) eller *icke-nödvändigt* (om X, så Y, men om Z, så likaledes Y).

– Det kan även handla om *gradvis växelverkan:* en liten ökning på en variabel ger upphov till en liten ökning på en annan variabel; ökningen på den andra variabeln möjliggör sedan en ytterligare ökning på den första variabeln, vilket i sin tur påverkar den andra, och processen fortgår så, till dess inga ytterligare ökningar är möjliga.

Redan av vad som framkommit i hindbystudien kan det uteslutas att sambandet mellan de studerade behandlingsfaktorerna och resultatet skulle vara deterministiskt. (Det finns t ex personer som lyckats förbättra sin livssituation trots ”dåliga” behandlingsbetingelser, och omvänt finns det personer som trots ”goda” behandlingsbetingelser inte lyckats förbättra sin livssituation i någon högre grad). Däremot är det svårt att säga något därutöver. För detta skulle det fordrats en analys av *om* och i så fall på vad sätt olika behandlingsfaktorer är betingade av varandra (kanske rör det sig om gradvis växelverkan) och vidare vilka faktorer som är nödvändiga för goda behandlingsresultat och vilka som inte är det. En sådan analys borde också omfatta fler faktorer än vad som tagits upp i hindbystudien.

8.2 Vilka effekter har behandlingen för vilka personer?

Det som sägs i hindbystudien är i princip att behandlingen kan leda till en förändring av livssituationen (i psykologisk och social bemärkelse) för en

grupp alkoholmissbrukare med svårt utgångsläge (både vad gäller livsbakgrund och aktuell problematik). En hel del information av intresse för frågeställningen går dock förlorad i och med att resultatanalysen utförs på individnivå – men *redovisas på gruppnivå*. Med anknytning till kapitel 4 kan man se detta som en begränsning i det anlagda perspektivet och en följd av att kunskapsintresset främst är tekniskt.

En annan begränsning är att undersökningen så gott som uteslutande är inriktad på graden av måluppfyllelse. Fenomenet med marginalkonflikter är ett exempel på att miljöterapeutisk behandling kan få effekter vid sidan av de som åsyftas i målsättningen. Icke åsyftade effekter har dock inte blivit föremål för kartläggning.

8.3 Uppföljningstiden

Hur lång uppföljningstid skall man ha i utvärderingsundersökningar? En uppföljning kort tid efter utskrivningen återspeglar framför allt den återanpassningsprocess till livet utanför behandlingsinstitutionen som personen genomgår efter utskrivningen (Keniston m fl 1971, sid 118). Uppföljningstiden i hindbystudien är tolv månader. Hade resultaten blivit annorlunda om uppföljningstiden varit längre? Hypotetiskt kan man tänka sig olika utvecklingsmönster för personerna i uppföljningsgruppen. (Se *figur 8:1*). För individerna A, C, D och F ger resultatet vid T 3 en missvisande bild av behandlingseffekterna sett i ett längre tidsperspektiv.

I uppföljningsundersökningar av narkotikamissbrukare har det ofta visat sig att proportionen abstinenta tenderar att öka med observationstidens längd (Lindberg & Ramström 1978, sid 85 ff). Denna tendens återfinns emellertid inte i den analys som Gerard & Saenger (1959) gjort av observationstidens betydelse vid utvärdering av behandling av alkoholmissbrukare.

Författarna analyserar data från tre undersökningar, där patientgrupperna blivit föremål för kontroll vid olika tidpunkter. (Undersökning I: ett och två år efter utskrivning; N = 48; undersökning II: 9–55 månader efter utskrivning; N = 69; undersökning III: två, fem och åtta år efter *in*skrivning; N = 132). De värden som redovisas ger inget stöd åt antaganden om att en ettårsuppföljning av patienter med alkoholproblem skapar en förvrängd bild av relationen mellan patienternas karakteristika vid inskrivningen och uppnådd förändring i alkoholkonsumtion. Det bör dock observeras att detta gäller så länge man håller sig på gruppnivå. Inom varje patientgrupp kan det förekomma individuella variationer i enlighet med *figur 8:1*. Dessa variationer ”tar ut varann” vid en resultatredovisning på gruppnivå. Det bör vidare observeras att ovannämnda iakttagelser gäller förbättring i termer av kvanti-

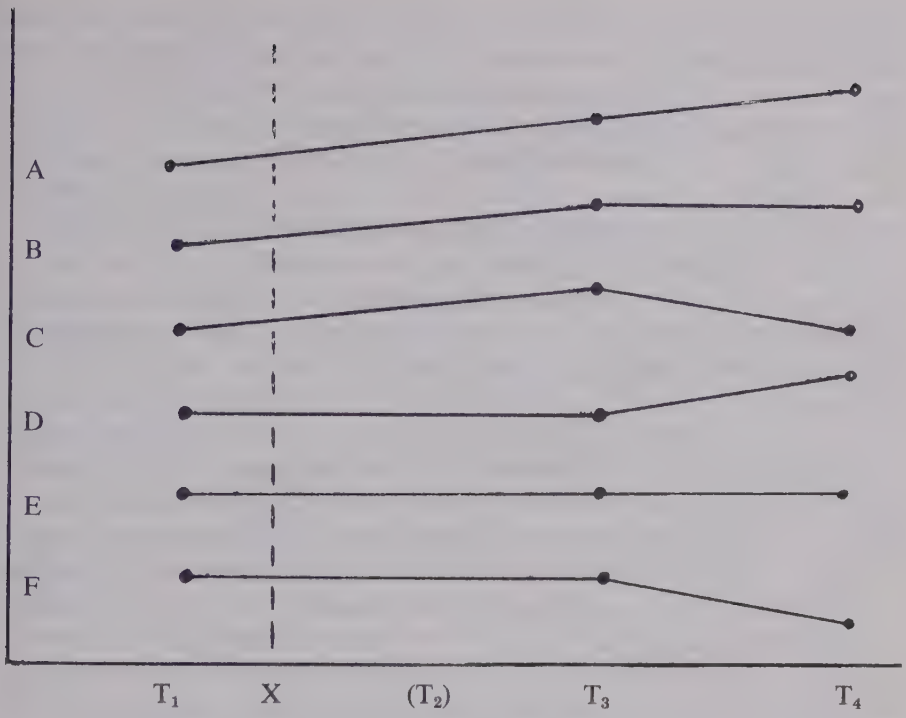


Fig. 8:1. Några möjliga utfallsmönster efter insatt behandling vid tidpunkten X.

tativa mått på symtomreduktion. Men en terapeutisk förändring är en *process,* vilken omfattar såväl symtom som personens funktion i en mängd andra avseenden. (Jfr Bergin 1971, sid 256 ff och Thelander 1975, sid 23 ff.) Är man intresserad av att i kvalitativa termer beskriva den process mot förändring av den ''totala'' livssituationen som en miljöterapeutisk behandling kan ha inlett eller förstärkt, då bör kartläggningen omfatta längre uppföljningstider och fler observationstillfällen.

8.4 Om kontrollgrupper

Användningen av kontrollgrupper i en undersökning uppfattas inte sällan som ett kriterium på ''vetenskaplighet''. Men är undersökningsupplägg-ningar med kontrollgrupper överhuvud taget adekvata inom behandlingsforskningen? Av politiska, praktiska och etiska skäl måste man i allmänhet avvisa en renodlat experimentell design, dvs en design där en (eller flera) experimentgrupp(er) jämförs med en (eller flera) kontrollgrupp(er) och där

undersökningspersonerna slumpmässigt fördelas på de olika grupperna. Men problemet med kontrollgrupper kan teoretiskt lösas på annat sätt, t ex genom att de som genomgått behandling jämförs med en redan befintlig grupp som inte fått behandling, men som i övrigt är likvärdig. (Detta är ett exempel på en s k kvasi-experimentell design). I hindbystudien hade det varit teoretiskt möjligt att jämföra undersökningsgruppen med drop-out-gruppen. Men för att en sådan jämförelse skulle kunna vara av något större intresse hade det inte varit tillfyllest med en enkel uppföljning av drop-out-gruppen. Det skulle fordrats en lika noggrann kartläggning av drop-out-gruppen som den som gjordes av uppföljningsgruppen; och vidare att man för varje person i drop-out-gruppen kunde förklara vad som haft betydelse för en eventuell förbättring. Det finns skäl att förmoda att många i drop-out-gruppen blev föremål för andra behandlings- och rehabiliteringsåtgärder under uppföljningsåret. Ett alternativ vore att ha jämfört de förbättrade i hindbystudien med en grupp missbrukare som stod helt utanför ''vårdapparaten'', men som i övrigt liknade hindbygruppen i fråga om missbruksbild, social och kriminell belastning osv. Alldeles bortsett från att en sådan grupp skulle varit svår, om inte omöjlig, att uppbringa, skulle det även här fordrats en ingående kartläggning av vad den eventuella förändringen bestod av. Ytterligare en variant hade varit att jämföra hindbygruppen med en grupp som genomgått någon annan behandling, men det hade – liksom i de andra alternativen – i praktiken inneburit två parallella undersökningar!

En underförstådd förutsättning, som genomsyrar det sagda, är att man inom behandlingsforskningen bör söka kunskap om mer än huruvida en viss behandling är effektiv överhuvud taget. (Jfr kapitlen 2 och 3). Användningen av kontrollgrupper är begränsad till enkla effektstudier.

I hindbystudien används inte någon kontrollgrupp och resultatredovisningen bygger på intraindividuella differenser, dvs förändringar i olika hänseenden för varje enskild individ under en tidsperiod. Uppläggningen benämns ofta ''engruppsdesign''.

I sin genomgång av experimentella och kvasi-experimentella forskningsdesigner menar Campbell & Stanley (1963), att en engruppsdesign (''time-series design'' med Campbells & Stanleys terminologi) mycket väl kan användas när inget bättre står till förfogande. De påpekar att ''experimentet'' måste upprepas på flera olika platser av olika forskare innan det är möjligt att dra säkra slutatser. (Den här frågan berörs i kapitel 7, när generaliserbarheten diskuteras). Vidare diskuterar de ett par svagheter, som är typiska för den här designen och som är av betydelse för frågan om kausal entydighet. (Se Campbell & Stanley 1963, sid 37–42). Den allvarligaste är att det kan finnas ovidkommande, mer eller mindre samtidiga, händelser som

påverkar utgången vid sidan av själva ''experimentsituationen''. – ''It is upon the plausibility of ruling out such extraneous stimuli that the credence in the interpretation of this experiment in any given instance must rest'' (Campbell & Stanley 1963, sid 39). Det här problemet gäller i det här sammanhanget närmast frågan om spontanförbättring, som diskuteras i kapitel 3 och kapitel 7.

Ett annat problem är de variationer och förändringar som kan förekomma i själva ''experimentsituationen''. Campbells & Stanleys resonemang är här analogt med det som sades i kapitel 3 om att en och samma miljöterapeutiska gemenskap skiftar karaktär från en tidpunkt till en annan. Författarnas lösning är att observationstiden görs tillräckligt lång för att inkludera flera sådana förutsägbara förändringar i deras helhet, också det analogt med vad som sades i kapitel 3. I hindbystudien var observationstiden ett år.

Tilläggas kan att den design som används i hindbystudien i princip innebär att varje individ fungerar som ''sin egen 'väl matchade' kontroll'' (Sigrell 1970, sid 7), vilket i sin tur innebär att man faktiskt kan tala om en kontrollerad studie, även om tillvägagångssättet skiljer sig från det man i allmänhet tänker på.

Kapitel 9

Implikationer för behandling och förslag till fortsatt forskning

Diskussionen i de tidigare kapitlen har kretsat kring Hindbyhemmet, behandlingen och forskningen där. I det här kapitlet skall några mer allmänna kommentarer göras till vad som framkommit. Avsikten är att plocka fram en del av de slutsatser rörande behandling och forskningsbehov som ligger inbakade i den tidigare framställningen.

9.1 Implikationer för behandling

De resultat som presenteras i hindbystudien tillåter inga utsagor om vad som är ''verksamt'' i ett miljöterapeutiskt behandlingsprogram – annat än i den meningen att behandlingsinnehållet synes vara viktigare än individernas prognos och behandlingsmotivation och att behandlingsinnehållet i sin tur torde sammanhänga med personalens medvetenhet om mål och behandlingsprinciper.

Resultatens begränsningar till trots kan de tjäna som utgångspunkt för några allmänna reflexioner om miljöterapins tillämpbarhet inom nykterhetsvården. Av de argument, som har förts fram i debatten och som går ut på att miljöterapi skulle vara omöjligt att tillämpa i större skala, är det särskilt tre som är av relevans i det här sammanhanget:

– Nya behandlingsinslag är ofta svåra att förankra i hela personalgruppen. En del visar rädsla för förändring och ovilja att överge gamla beprövade förhållningssätt och metoder. Följden blir lätt att man ''drar'' åt olika håll i behandlingsarbetet.

– Klienternas ofta bristande behandlingsmotivation är ett andra hinder. Långt ifrån alla är villiga att ställa upp på en djupare problembearbetning. Ofta begär klienten enbart hjälp med avgiftning eller akuta sociala/ekonomiska problem.

– Det finns klientkategorier som saknar förutsättningar att klara en kravfylld behandling. Utslagna personer med långvarigt alkoholmissbruk bakom

sig kan inte ta samma grad av ansvar som personer för vilka missbruket ännu inte fått svåra personliga och sociala konsekvenser.

Argumenten kan inte här bli föremål för någon ingående granskning. Några reflexioner kan dock knytas till dem.

9.1.1 Bristande förankring i personalgruppen

Ett inte ovanligt misstag när en förändring initieras är att den kommer som en ''moderniseringsåtgärd'' från högre ort med direktiv nedåt. Omdaningen av en traditionell vårdform i riktning mot mer ansvarsbetonade arbetssätt måste emellertid ske genom fri kommunikation och medvetandegörande från grundplanet. Terapeutiskt samhälle innebär inte endast att ''patienten'' ges mer ansvar, även den ''lägre'' vårdpersonalen förväntas ta ett annat ansvar för behandlingen. En förändring måste därför alltid börja med målsättnings- och metoddiskussioner bland personalen, teoretiska studier kring nya behandlingsformer, diskussioner av personalrollen, bearbetning av makt- och relationsproblem inom personalgruppen. (Jfr Sundin 1975, sid 157 f).

I de diskussioner som föregår förändringen är det väsentligt att personalrollen inte ses isolerat från omgivande krafter i form av institutionsstruktur, krav och förväntningar från huvudmannen, det omgivande vårdsamhället och samhället i stort. (Jfr Blegvad 1972). Grovt sett kan man urskilja tre huvudfunktioner för institutioner inom nykterhetsvården: en kontrollerande funktion, en livsuppehållande funktion, en behandlande funktion. Den kontrollerande funktionen hör samman med den skyldighet som åvilar vissa anstalter att ''bereda vård'' åt missbrukare som tvångsintagits enligt nykterhetsvårdslagen. De båda andra funktionerna speglar olika ambitionsnivåer i vårdarbetet. Den livsuppehållande funktionen är uttryck för ett rent humanitärt syfte. Det handlar om att institutionen tar om hand och ger möjlighet till en tids återhämtning. Den behandlande funktionen innebär att institutionen genom problembearbetning, social träning och rehabilitering etc medverkar till mer varaktiga förändringar i personernas liv. Problemet är att en rad institutioner på pappret har en behandlande målsättning, men i praktiken har tilldelats en kontrollerande eller livsuppehållande funktion. Personalens sätt att arbeta bör ses som utslag av den tilldelade funktionen och ett eventuellt motstånd mot förändring som tecken på en (subjektiv) anpassning till denna funktion. (Det är t ex poänglöst att ''upplysa'' personalen om att de har arbetat felaktigt i alla år). Förändringsarbetet måste gå ut på att använda den samlade erfarenheten hos personalen på ett nytt sätt, inte att försöka få personalen att förneka sitt förflutna.

Det är också viktigt att inse att chanserna till framgång är små om personalen endast blir medveten om hur de *inte* skall arbeta (dvs auktoritärt med hårda regler och sanktioner etc). Det kan förmodas att det som skrämmer många inte är tanken på en ny personalroll i form av lärarroll, ett demokratiskt ledarskap etc, utan tanken på det kaos och den ''patientmaffiastruktur'' som kan uppstå när man går från det gamla utan att ha diskuterat sig fram till det nya, dvs när man hamnar i en förödande låt-gå-politik. (Jfr Norman & Schulze 1970, sid 155 ff och Bylund & Jansson 1972, sid 30 ff. Se också Jenner m fl 1976, sid 89–94.)

Även om tid avsätts för förberedande diskussioner och personalen blir klar över vad personalrollen och de miljöterapeutiska principerna innebär, är det viktigt att också det fortsatta förändrings- och utvecklingsarbetet ses som en process, inte som någonting som kan ske från en dag till en annan (t ex vid ett budgetårsskifte). Det tar ett tag innan personalen blivit såpass ''varma i kläderna'' att de också i praktiken kan använda sin nya personalroll, dvs klara balansgången närhet-distans och vara flexibel i utnyttjandet av principerna.

9.1.2 Klienternas bristande motivation

Många av de människor som nykterhetsvården kommer i kontakt med saknar vilja till en radikal omprövning och förändring av sin livssituation. Detta faktum anförs ibland som ett argument mot tillämpandet av en miljöterapeutisk behandling.

Men det faktum att få är beredda att i ett enda slag förändra hela sitt liv, får inte undanskymma det faktum att människor faktiskt söker hjälp – låt vara att det ofta är för avgiftning, akuta sociala/ekonomiska problem eller somatiska komplikationer till missbruket. Behandlingsmotivation är inte någonting som antingen finns eller inte finns – det rör sig om ett mer eller mindre. Det är därför viktigt att vården kännetecknas av ''omedelbarhet'' – dvs att man är där när motivationen finns. Till detta kommer också frågan om vårdens ''attraktivitet''. Upplevs vården som attraktiv, som att den har något att erbjuda, är chanserna stora att klienterna är beredda att fortsätta behandlingen. I Hindbyundersökningen framkom att även om behandlingsmotivationen var liten då behandlingen påbörjades, lyckades man inte sällan *skapa* en vilja till förändring, särskilt under ''bra'' behandlingsklimat. Som exempel kan nämnas en person som väntade på rättegång och som sökte till Hindby eftersom han trodde att han skulle få lindrigare straff om han frivilligt skrivit in sig för behandling (vilket han fick). Efter domen försvann han, men kom strax tillbaka eftersom han upptäckt att behandlingen på

Hindby kunde ha en hel del att ge honom. Jämför också Kühlhorn (1974), som visar att förändringar av behandlingsinnehållet på en institution i riktning mot ökad kommunikation och demokrati ger tydliga utslag i form av bl a ökad trivsel och mer positiva attityder till behandlingen, både bland personal och ''patienter''. Alldeles bortsett från att detta kan ses som ett angeläget mål i sig, kan skapandet av sådana attityder bland ''patienterna'' anses som ett viktigt delmål, en grund för fortsatt behandling.

9.1.3 Patienterna klarar inte kravfylld behandling

Miljöterapi innebär bl a att vården inte skall vara passiviserande. (''Att inte ställa krav är att förolämpa'' är ett motto som framförts). Samtidigt framhålls ofta att vårdens krav på alkoholmissbrukaren måste vara realistiska och att inte alla orkar med att delta i en kravfylld behandling. Detta föranleder några reflexioner om vad som egentligen kan avses med krav och kravfylld behandling.

Sättet att arbeta måste självfallet anpassas efter ''patienternas'' förutsättningar. Det synes dock vara fel att tro att det skulle vara en viss ''typ'' av människor som ''passar'' för krav och ansvarstagande. I hindbyundersökningen visas att även människor med svår prognos lyckas förändra sin livssituation om bara behandlingsklimatet är gynnsamt. Det finns också erfarenheter från andra vårdområden, även om det inte har dokumenterats i forskning, som pekar i samma riktning. Genom att delta i aktiva behandlingsprogram med möjligheter till eget ansvarstagande har t ex utvecklingsstörda i olika åldrar visat prov på resurser som inte alla trodde att de ägde.

En statisk människosyn, dvs en syn där man utgår från att någon ''är som han är'' och därför inte kan förändras, leder till en stagnation i metodutvecklingen inom vård och behandling. Mer fruktbar är synen att alla människor har inneboende resurser till förändring. Även med ett sådant synsätt tvingas man ta hänsyn till vars och ens personliga förutsättningar, men grundinställningen är att personen ifråga har inneboende resurser – resurser som på grund av yttre förhållanden och omständigheter (t ex långvarig passiviserande och kravlös vård) till stor del förblivit oförlösta – och behandlingen kommer att gå ut på att locka fram och utveckla dessa resurser.

De krav på ansvarstagande som ställs kan till en början vara rätt blygsamma, för att efterhand ökas alltmer. En viktig erfarenhet man gjort på Hindbyhemmet (och inte endast där) är att kraven på deltagande och ansvarstagande måste ökas stegvis. Ställs individen väldigt plötsligt inför höga krav finns det risk att han endast upplever misslyckanden, vilka i så fall kan

få en anti-terapeutisk effekt. Rimliga krav leder däremot till en ökad självkänsla och ökad känsla av människovärde.

Förutom att man måste inse att kraven måste ökas stegvis, är det viktigt att vara medveten om att kraven, för att ha åsyftad effekt, måste ingå som moment i en öppen och förtroendefull kontakt. En avsikt med terapeutiskt samhälle är att ersätta den yttre kontrollen med en inre. Men en förändring kan lyckas enbart om människorna tillåts utvecklas i en känsla av trygghet.

9.2 Förslag till fortsatt forskning

I hindbystudien ges inget svar på frågan om vilka effekter miljöterapeutisk behandling har för olika personer under olika förhållanden. Innan man kan närma sig svaret på den frågan fordras självfallet andra utvärderingar av andra terapeutiska samhällen. Däremot ger undersökningen en del bidrag till svaret. Det kanske viktigaste är resultatet som visar att *olika förhållanden* i behandlingen är av större betydelse för de effekter som uppnås än *vilka personer* som deltar i behandlingen. Oaktat att detta resultat måste tas med viss försiktighet tills dess att det blivit belagt i ytterligare forskning, bör det få vissa konsekvenser för fortsatta undersökningar. *Om* det visat sig att individvariabler var av störst betydelse för utfallet, skulle den logiska slutsatsen blivit att man främst borde inrikta sig på att undersöka vilka personer som "passar" för ett terapeutiskt samhälle och att utarbeta diagnostiska instrument. Nu blir istället den logiska slutsatsen att man i första hand bör sikta in sig på att undersöka vad som konstituerar en "bra" miljöterapeutisk behandling. (Se not 9:1).

Det handlar då om att skaffa sig kunskap om vad i behandlingen som är verksamt. (Jfr kapitel 8). Säkert föreligger ett komplicerat samspel mellan en rad faktorer, varav en del är nödvändiga, men inte tillräckliga för att individen skall lyckas förbättra sin livssituation och andra betydelsefulla utan att vara nödvändiga. Att reda ut detta nystan är en angelägen uppgift. Det är också ett svårt företag, bl a av det skälet att ett miljöterapeutiskt behandlingsprogram är ett svåröverskådligt socialt/psykologiskt projekt med en mängd variationskomponenter som knappast låter sig renodlas. De logiska förutsättningarna för att dra strikta kausala slutledningar saknas. (Jfr Börjeson 1977, sid 132 ff). Därmed inte sagt att det är omöjligt att nå ökad kunskap, men önskningar om att nå helt säker kunskap måste tonas ned. Ett sätt att förbättra kunskapen om förändringsmekanismerna har antytts av Sundin (1977, sid 96). Tanken är att kombinera en evaluering av behandlingen med att låta personalen beskriva vad de gör och gjort med en viss

''patient'' och ställa detta i relation till ''patientens'' egna upplevelser av samma interaktion och sedan tolka eventuella diskrepanser med hjälp av en analys av behandlingsprocessen; samt att på samma sätt låta personal och ''patienter'' beskriva viktiga händelser (''critical incidents'') under ''patientens'' institutionsvistelse.

I undersökningar av vad som är verksamt i en miljöterapeutisk behandling bör även uppmärksamhet ägnas åt individvariabler. En utgångspunkt som synes värd att pröva är att olika aspekter av en miljöterapeutisk behandling har olika betydelser för olika personer, beroende på deras psykiska status, formella resp informella sociala kompetens m m. (Jfr Larsson 1971, sid 45 ff och Ramström 1978, sid 92–98). Det skulle alltså handla om att studera detaljerna i den helhetsbild som hindbystudien gett. Mot bakgrund av sådan kunskap skulle man sedan i större utsträckning än vad som sker i dag kunna ''skräddarsy'' behandlingsplaner för ''patienterna''. Ett systematiskt studium av behandlingen kan även leda till en ökad kunskap om behandlingspersonalens arbete och konsekvenserna av personalens agerande i olika situationer.

Det behövs också ökad kunskap om *vilka* effekter miljöterapeutisk behandling har, både åsyftade och andra. Troligen kan man då inte alltid dra all miljöterapeutisk behandling ''över en kam''. (Jfr avsnittet om marginalkonflikter i kapitel 7). Vidare finns det behov av en samlad kunskap om vilken plats en miljöterapeutisk behandling bör inta i en behandlingskedja.

Syftet med den forskning som här nämnts är att belysa frågan om vilka effekter miljöterapeutisk behandling har för olika personer under olika förhållanden. Det handlar om kunskap som kan bidra till ett övergripande perspektiv på problemen och möjligheterna inom en given vårdsektor. Nyttan med den här typen av forskning är att den kan skapa underlag för beslut om vårdutbyggnad och resursprioritering. Det är alltså ett tekniskt kunskapsintresse som ligger bakom, och främsta avnämare är huvudmän/beslutsfattare. Men forskning av det skisserade slaget kan även leda till att behandlingspersonal får en ökad förståelse av sitt arbete; problem och inte uppmärksammade möjligheter i behandlingen kan bli medvetandegjorda. Vid sidan av det rent pedagogiska värdet kan det skapa förutsättningar för metodutveckling och därmed på sikt en bättre behandling. En poäng i det sagda är att beslutsfattarnas legitima krav på forskning som kan ge beslutsunderlag samt behandlingspersonals intresse av forskning, som *de* kan ha nytta av i *sitt* arbete, kan förenas i en forskning som tar sikte på att besvara den formulerade frågeställningen. Enkla effektstudier, som endast tar sikte på att besvara frågan om en viss behandling är effektiv, är sällan av något större intresse för den personal som arbetar inom den berörda verksamhe-

ten och torde endast ha kortsiktiga fördelar för huvudmännen/beslutsfattarna.

Trots sina brister, visar hindbystudien kanske ändå på en väg ut ur den återvändsgränd, som evalueringsforskningen för närvarande befinner sig i.

Kapitel 10

Summary in English

1. Purpose and Approach to the Problem

Dissertation title: *Goals and Reality in a Therapeutic Community. A study of treatment process and effects in an institution for drug abusers.*

The ultimate purpose is to identify and discuss the difficulties, especially methodological difficulties, with which one is confronted when attempting to carry out an "accurate" evaluation of treatment effects in an institution using milieu therapy. By accurate, is meant an evaluation which takes into consideration the complexity of the problem and which does not exclude essential phenomena. As a case in point, the author and two associates conducted a study at the Hindby Treatment Center in Malmö. The institution is a so-called therapeutic community for people with drug-dependency problems. The study was carried out between 1973 and 1976.

An exploration of research done to date shows that evaluation-studies of milieu therapeutic treatment have been few and often of poor quality. Besides methodological shortcomings of measuring effect and too limited criteria for improvement the institution being studied is looked on as a "black box". One "stuffs" a group of social deviants into one end and records how they "look" when they come out the other end. What goes on inside the box is seldom examined closer. One may perhaps label the box "milieu therapy" or "a form of modified milieu therapy" or "therapeutic community". But the exact meaning of these labels is hardly ever clear. (The study of Hindby Treatment Center attempts to correct these shortcomings.)

If one wishes to make an accurate assessment of treatment effectiveness in an institution employing therapeutic milieu, one runs head long into a number of obstacles, all of which are closely bound up with the ambiguity of both key concepts, i.e. *treatment* and *effectiveness*.

For example: What is meant by good results? When is one able to say that treatment has been "effective"? This questions is vital in a research context

and in a concrete sense it involves the issue of which improvement criteria should be used. The easiest and most common way is to choose "objective", easily measured criteria, such as sobriety. Considering the complexity of the behavior we are dealing with, limiting measurement to symptoms is, however, not sufficient. Some persons admitted to alcoholic treatment centers do not have recidives. But in order to "manage", they may live completely isolated in a kind of voluntary social death. An asymtomatic state does not necessarily mean that the situation is also improved in other respects. Nor does residivism following treatment necessarily mean that the person in question lives in the same difficult situation as he/she did prior to treatment. Rather than seeing improvement as something simple and clear-cut, there are many things that indicate one should see it as a process encompassing symptoms and individual functioning in a myriad of respects. The necessity for such a perspective stands out with particular clarity in connection with treatment evaluation in therapeutic communities. Such treatment settings seldom have as their only purpose to bring about a symtom-free state. Instead they focus on broader changes in personality and social functioning. The criteria to be used should, in other words, be determined by the treatment goals, not by the researcher. The researcher's problem is to decide how the goals should be measured.

The first step, then, is to identify the goals and treatment principles which are expressed for the institution. They should then be carefully compared with a definition of the concept milieu therapy/therapeutic community, in order to determine whether or not the institution really can be called milieu therapeutic. Here one runs into another obstacle. There are many definitions in the literature, and they are often "fuzzy" or at best stipulative in character. In a research context, problems of concept confusion means that uncertainty as to what one is really studying crops up. Is one studying therapeutic communities or traditional treatment methods that have been given modern labels?

It is imperative to use a clearly defined concept as a starting point for discussion and therefore it is necessary to formulate (in as much as is possible) a uniform, consistent, definition. But that is not enough. One must also search for "hidden" goals at the institution, i.e. goals that are inconsistent with official goals. For example, an expressed goal can be to help individuals toward increased independence, while at the same time one works from a passifying and supervisory ideology. In addition, one must study the organizational framework. A condition for being able to apply principles such as open communication and democracy is regular general meetings in which all members of the collective participate. A condition for

being able to apply the principle of "contact with the community" is that the geographic placement of the institution makes this possible, etc.

One special difficulty regarding milieu therapeutic treatment is the fact that community shifts in character from one point in time to the next. Variations can be due to temporary crises, "composition of the collective", "degree of maturity" etc. One can surmise that in a sense, "bad" treatment results can among other things depend on a "bad" institutional milieu.

Accordingly, treatment results cannot solely be related to the goals. One must weight the results against a complete understanding of the treatment *components*.

Furthermore it is necessary to pay attention to the "patient's" background, "symptom picture", "motivation for treatment", to the staff's knowledge and attitudes, and to various factors in the community outside the institution. All these things have a bearing on treatment results.

Finally we come to the problem of spontaneous improvement. Improvement may be a result of treatment, but it may also be a result of something else. (The standard example is that of the former drug-addict who falls in love during the observation period). It should be noted that a marked improvement, even if it is the consequence of something other than treatment, may sometimes actually be attributed to treatment. It is not as paradoxical as it seems. Despite the fact that a person falls in love and receives a great deal of support from his/her fianceé/fiancé the treatment may have been decisive. The person in question may, for the first time in his/her life, be able to establish a deep and permanent bond with another human being as a result of treatment. In order to assess treatment results, a thorough knowledge of both the treatment and the person being treated is called for.

Obviously there are a number of questions one must take into account if one wants to make an accurate evaluation of treatment "effectiveness" in an institution employing milieu therapy. This study does not intend to answer the question "Is treatment at Hindby Treatment Center effective?". Effectiveness of milieu therapy is a complicated and multi-faceted issue. It is not possible to give a simple yes or no answer. The central question in this study is, instead, "What effect does treatment at Hindby have on which persons and under what circumstances?"

2. Organization of the Study

The study consists of two parts, an analysis of the concept milieu therapy/ therapeutic community, and an empirical study of the Hindby Treatment

Center. The aim of the *concept analysis* is to give a background and a framework of reference for the empirical study, which in turn, is made of four parts. They are analyses of goals, conditions, processes, and results.

In the *goal analysis* both general goals and specific goals are discussed. Included in the general goals are legislation and general socio-political guide lines. Specific goals are those that pertain specifically to Hindby.

Analysis of treatment conditions aims at outlining: a) the organization with special attention to physical factors like location, number of beds, and factors like economy, decision-making hierarchy, treatment program, activities available to the patients/residents. b) attitudes, training and experience of the staff. c) the "total" life situation of the "patients/residents", i.e. social background, degree of drug-dependency, self-awareness, motivation, etc. (One premise for the survey is that drug misuse should be seen as a type of social deviation where individual, socio-psychological, and socio-cultural factors interact). d) societal factors that influence treatment results (labor market, housing policies, etc.).

Analysis of process generally speaking means a survey of the actual intent and substance of the treatment. The aim is to make it possible to assess the correlation between process and results. Results do not solely rely on process, but a thorough knowledge of the process is necessary when it comes to analyze the results. (An individual who resides at Hindby during a time when the treatment climate is "bad" has, in principle, participated in a different kind of treatment than an individual who resides there during a time when the treatment climate is "good".) The aim is also to create a basis for determining whether or not Hindby really is a therapeutic community. (What practical steps are taken in order to reach the treatment goals? Are there any hidden goals present that are incompatible with expressed goals? To what extent are the potentials regarding organization, staff and material resources utilized?).

Analysis of results aims at outlining both "quantative" and "qualitative" aspects of goal attainment. (The latter is not the least important.)

It is fruitful to make a distinction between longrange effects that address long-range or general goals and short-range effects that address short-range or specific goals. In this study, the long-range treatment effects at Hindby are only dealt with superficially. The emphasis is on measurement of short-range effects. This "measurement" is principally a comparison of the individual's life situation at two points in time, at the time of admission and twelve months after discharge. An attempt is also made to determine if differences in treatment results are due to differing condition in the individuals' backgrounds or to factors in the treatment process. In addition, there

is a special analysis of those individuals who left Hindby without having completed their treatment programs.

Data collection methods which have been used are:

- study of literature
- interviews
- surveys and questionnaires
- participant observation
- utilization of available data at Hindby: treatment plans, minutes of meetings, etc.
- collection of certain file information such as social welfare files.

3. Carrying Out the Study and Study Results

3.1 Analysis of Concept

After going through topical literature, the following definition of therapeutic community as a treatment method was formulated:

Therapeutic community = an institution employing milieu therapy = a treatment institution where through conscious utilization of the total environment, one continually attempts to create and recreate influential situations that (besides security and solidarity) are characterized by open communication, democracy, new roles, symptom tolerance, continual examination/"reality confrontation", voluntariness, mutual goals, contact with the society outside the institution.

Influential situations are created with the help of a system of organized group activities, organized contacts with the patients' social reference group outside the institution, plus ongoing sharing of information and also possible political involvement. In addition, it is shown that the therapeutic community may be used for different ends (cure/adjustment versus 'liberation"/development) and that these ends grow out of diverse human and social values.

3.2 Persons Included in the Study Group

A person was referred to the study-group, only if he/she had been admitted to and completed treatment during the year in which the study of the treatment process was underway. Those who were admitted but terminated from the program before completion, were counted as "drop-outs". There were forty-seven individuals in the study group and fifty-three in the drop-out group. One person died during the observation period and eight could

not be located for follow-up interviews in spite of extensive attempts to do so. Consequently the follow-up group comprised thirty-eight (38) persons. Besides the "patients", the study also looked at the staff, a total of 20 persons.

3.3 Analysis of Goals and Treatment Conditions

3.3.1 – About Hindby Treatment Center—

The Hindby Treatment Center which is run by Malmö Social Services is situated in an area of private homes on the edge of the center of the city. It is a combination treatment center and half-way house and is open to both women and men with drug-dependency problems. Guide lines formulated by the Malmö Social Services are included in the general goals and values of the Hindby Center. Emphasis is placed on democracy, voluntariness, and a holistic view of etiology and treatment of social disturbances. Increased contact with other social and educational organizations is also stressed.

Residence at Hindby means that one becomes a member in a milieu therapeutic collective which among other things, includes cooperative decision-making and mutual responsibility. Treatment is based on different kinds of group activities. Individual contacts and interviews are consciously limited as is the use of psycho-pharmaceutics. Common as well as individual problems are taken up and worked through on a daily basis both in the general forum and in group therapy sessions. Governing the work is a particular view of drug-dependency. It is not seen as an illness but rather as a reaction to an extremely entangled or "deteriorated" life situation. Furthermore it is felt that everyone should come to realize the problems that lie behind drug-dependency and learn to work them through constructively. In a more concrete sense, it means that following treatment, the individual should be free of his/her dependency on drugs, have arranged his/her life's socio-economic situation, have a good relationship with relatives and/or friends, have increased self-confidence, and increased capacity to take responsibility for him/herself and others.

3.3.2—Situation for the "Patients"—

An often repeated criticism is that the "patients" in therapeutic communities make up an "elite" group in various respects. It is said that "hard-core" cases are never given a chance. However, this picture does not agree with the reality at Hindby. The survey of the patients' situation compared with other studies, shows that the subjects in the Hindby study clearly have

it worse than a normal group and that their starting point is in several respects very similar to that of hard-core alcoholics in Stockholm.

It could be added that alcohol problems is the symptom that dominate in the group of study.

3.3.3—Situation for the Staff—

A survey of educational and occupational backgrounds of the staff plus their notion of different issues shows that when taken as a group, they are well equipped in a number of respects. There is also a good chance that treatment would be carried out with consistency and uniformity.

3.3.4—Social Factors—

In addition to those circumstances already mentioned, negative attitudes towards deviants, the labor market situation and segregation in housing are examples of factors that can possibly influence the treatment results. To sum up, it can be said that difficulties of residents at Hindby Treatment Center really do not differ from those of other deviant groups. It may, however, be noted that the labor market situation in the Malmö region was characterized by extraordinarily hard competition during the time the study was going on. This competition affected both skilled and un-skilled labor. As far as housing is concerned, things were better than in most other places in the country. Nevertheless, most clients being serviced by the temperance board were directly or indirectly referred to certain special facilities (halfway houses) or special areas (newly built suburbs).

3.4 Analysis of the Process

The treatment climate at an institution like Hindby continually changes. New residents enter the collective, others leave. The climate also varies according to who the "leader" is. Staff absenteeism and its ability to come to grips with crises are other factors which influence the total picture. Changes take place according to a basic oscillatory pattern which can be described graphically as a sinus curve. Four different phases can be distinguished (see figure 6:2). Phase A is characterized by cooperation, shared responsibility, harmony. Everyone works toward mutual goals. In phase B tension increases, participation in different activities decreases. Phase C means crises. There is a high degree of tension in the collective. Cliques are established and there is a tendency towards environmental manipulation,

"pickiness" and disruption because different individuals and groups are pulling in different directions. But, in phase D things come together again. People strive for cooperation and take on more responsibility in order to arrive at a new phase of solidarity and openness.

The continual variability in the therapeutic community is demonstrated however, not only in the actual oscillatory pattern. It can also be said that an A-phase in *one* stage of institution life can differ from an A-phase in *another* stage. The phases are on different levels (see figure 7:2). During the period of study it could be noted how the collective as a unit "matured". This was primarily due to the staff's increased knowledge from both training and experience, which influenced the patients' behavior. The staff was able to work through crises and conflicts in a much more constructive way. They were able to "nip trouble in the bud" and come to grips with problems before they got out of hand and jeopardized activities. It could also be noticed that the staff showed an increased ability to make use of ordinary everyday situations in a pedagogic way. The residents became more involved in terms of cooperating in decision making and taking on responsibility.

Is Hindby Treatment Center a Therapeutic Community? Deficiencies regarding application of principles and utilization of resources was noticed. At the same time, as was earlier mentioned, there was an increased awareness of goals and treatment principles. There was a better use of resources, particularly during the latter part of the period of study. If one makes a complete assessment of everything that happened, one can contend that during that time there was no important difference between treatment ideology and the actual substance of the treatment. Hindby Treatment Center lives up to the name "therapeutic community".

3.5 Analysis of Results

In the Hindby study it was established that:

- there was marked improvement in the total life situation for 22 of the 38 residents (58 %)
- there was a degree of improvement in the total life situation for 12 of the 38 residents (26 %)
- there was no appreciable improvement in the total life situation for 6 of the 38 residents (16 %)

These results are not primarily based on "objective" measurements, but on interpretation of the collected data, in accordance with the introductory discussion above. Referring to the goals of Hindby, a great deal of weight

has been placed on psycho-social adjustment and on the individual's expanded problem-solving repertoire.

Do the differences in treatment results lie in individual background factors or in the substance of the treatment? This question was tested statistically and it was shown that background factors (such as adolescence experiences, occupational background, divorce, drug or alcohol dependency or criminality) have no significant bearing on improvement. There was however, a clear correlation between most of the tested treatment factors and the degree of improvement. For example residents achieved a greater degree of improvement if:

- the treatment climate had been comparatively good during the greater portion of their stay at Hindby,
- they resided at Hindby over a continuous period of time,
- they worked with their most difficult problems,
- they had made use of their right to be involved in decision-making and had taken on their share of responsibility,
- they had made use of their passes,
- they had gone to other people when they were upset,
- they had expressed their feeelings and experiences during therapy,
- they had become more positive toward Hindby.

Furthermore, it could be established that there seems to be little significance whether or not the stay at Hindby was preceded by a personal decision: "Now I want to do something about my situation!" During a good treatment climate the staff and "co-patients" often succeeded in creating the will to change even in individuals who had not shown any inclination to change from the beginning.

An analysis of the group that was lost to follow-up gives no support to suspicions that they could have skewed the results.

In the Hindby study there is some empirical basis for the statement that the substance of treatment has a relatively higher bearing on the individual's potential for improving his/her life situation compared with factors like childhood, adolescence or drug-dependency.—"Nobody's a born loser." An analysis of those who dropped out of treatment shows that their backgrounds and degree of problem difficulty do not differ from those individuals who remained in therapy. The group that withdrew is thought to have been "thrown into" treatment to soon, without having gained that sense of security which one has to feel if one possibly should dare to change. These results contradict the assumption that those individuals who remain in the therapeutic community are the most treatable and best motivated. At least at Hindby, those who remain are not a particularly select group.

4. Some Conclusions

1. The Hindby study results contradict the general assumptions that treatment in a therapeutic community is something that works only with "exclusive" groups of socially-anchored individuals who have drug-dependency problems. When treatment was functioning optimally, even those classified as "hard-core" succeeded in improving their life situation. This was done through support so that they could reach a level of self-help.

2. This is, in turn, one argument against separating clients being treated by the temperance board into "treatables" and "non-treatables". The prognosis must be inherent in the treatment design and substance. Even if treatment results are not solely a product of treatment, neither do they depend only on the "patient's" potential. Treatment is an ensemble which includes the client and the treatment, and results emanate from this very ensemble.

3. In the light of results from the Hindby study, future studies should *not* address the issue of which individuals "fit into" therapeutic communities (as a means of developing diagnostic instruments). The primary assignment should, instead, be to detail what constitutes "good" milieu therapeutic treatment. One must then also take into account individual factors. "Good" treatment can be different for different individuals. The point, however, is to develop treatment—not to label certain individuals as "hopeless cases".

4. Research strategies that should be used then are studies of treatment processes and combined process-effect studies where the measured effect is psycho-social adjustment.

5. There are several difficulties inherent in the strategies just mentioned. It may be noted that the success depends on whether or not the researcher is in the good graces of the other members in the community. The researcher must gain their trust and confidence (in terms of 'good will", impartiality, cleverness). One must, so to speak, be "wanted". This also demands that the researcher is able to develop into a sensitive research tool which among other things presupposes knowledge of psychotherapy and working-experience in a therapeutic community. The emotional strain is greater than when one, as researcher, is completely outside the object of study. When it comes to reliability, one must be cognizant of the influences of one's presence and behavior on the milieu that is being studied. Assessment of the effectiveness of treatment is problematic. Today there are no accepted methods of measuring psycho-social adjustment.

6. In spite of the difficulties, it appears that one has more to gain than to lose in a research strategy of the type applied in the Hindby study. Some of

the advantages lie in the fact that one can bring out *relevant* knowledge which can be applied in making decisions about expansion of care and resource priorities, and that one comes up with knowledge that may increase the staff's understanding of their own work. Simple effect-studies (that only attempt to answer the question whether or not a certain type of treatment is effective) are seldom of any use to the line worker and are believed to have only short-range advantages for heads of institutions and decision-makers.

Noter

Kapitel 1

1:1 Skrifterna finns tillgängliga på Pedagogiska institutionen i Uppsala (institutionsbiblioteket), Hindbyhemmet (Avenboksgatan 5, Malmö), Malmö socialförvaltning (biblioteket), Socialstyrelsen (biblioteket, Karlavägen 100, Stockholm), Socialdepartementet (biblioteket och Delegationen för social forskning).

1:2 Med perspektiv avses här ett sätt att betrakta och uppfatta världen – inom forskningen ett sätt att betrakta och uppfatta fenomenen inom undersökningsområdet. Perspektivet fungerar selektivt och strukturerande:

> ''Sett i ett visst perspektiv kommer *en viss del* av forskarens undersökningsområde att framträda – perspektivet medför en fokusering av uppmärksamheten – och denna del framträder *uppfattad på ett visst sätt* – perspektivet medför en strukturering av materialet. Vidare kommer vissa delar av undersökningsområdet *inte* att framträda – perspektivet medför en uteslutning av vissa typer av fenomen. Perspektivet avgör *vad* man ser, *hur* man ser, och vad man *inte* ser. Perspektivet har en selektiv, en formande och en 'neglektiv' effekt.
>
> Vissa fenomen kräver att observatören anlägger ett artriktigt perspektiv för att de skall kunna framträda.'' (Lindström 1971, sid 10.)

Kapitel 2

2:1 Översikten gör inte anspråk på att vara heltäckande. Avsikten är att belysa några huvudpunkter och att dra fram ett antal undersökningar som är signifikativa. Förutom litteratursökning enligt gängse metoder har Karolinska institutets databank utnyttjats.

2:2 Behandling och terapi används i allmänhet som synonyma begrepp (se t ex Websters Illustrated Dictionary 1947, International Encyclopedia of the Social Sciences 1968, Svenska akademiens ordlista 1969, Focus uppslagsbok, tredje omarb. uppl. 1970) – så också i det här arbetet. Psykoterapi, farmakoterapi, miljöterapi, social träning och rehabilitering etc kan ses som underordnade begrepp och exempel på olika behandlings/terapeutiska metoder. (Andra underordnade begrepp är institutionsvård, öppen vård etc som anger olika behandlingsformer). Psykoterapi har i sin tur flera underordnade begrepp: t ex psykoanalys, adleriansk psykoterapi, klientcentrerad terapi, beteendeterapi, gestaltterapi, transaktionsanalys. Individualterapi och gruppterapi är exempel på terapeutiska tekniker. Denna begreppshierarki ger också en antydan om relationen mellan å ena sidan behandlingsforskning och å andra sidan psykoterapiforskning, forşkning rörande miljöterapi etc. De senare forskningsområdena är specialfall av behandlingsforskning.

Kapitel 5

5:1 I analyser av demokratibegreppet brukar man skilja mellan *direkt* demokrati, då folket självt fattar alla beslut, och *indirekt* eller representativ demokrati, då folket väljer ombud som fattar beslut i folkets namn. Den direkta demokratin vilar på en underförstådd regel om att inga viktigare beslut bör fattas utan att *alla* personer, som berörs av beslutet, är närvarande. Vad gäller själva besluten kan dessa fattas efter omröstning, där majoritetsprincipen är vägledande. Men man talar också om samstämmighet/konsensus i beslut, med vilket menas att man söker diskutera sig fram till en gemensam uppfattning eller kompromisslösning.

5:2 Innebörden är inte nödvändigtvis den att man anser det nuvarande samhället vara ''bra'' i alla avseenden. Men även om man anser det nuvarande samhället vara dåligt på vissa punkter (''opersonligt'' etc), så är det övergripande syftet *inte* att förändra samhället utan enbart att förändra individen (t ex att göra individen så ''stark'' att han orkar *uthärda* opersonlighet, främlingskap etc i samhället) dvs att *anpassa individen till miljön.*

Kapitel 6

6:1 Få begrepp är så missbrukade som missbruksbegreppet, har det sagts. Med en grov uppdelning kan man skilja mellan medicinska och sociala defnitioner. Tyngdpunkten i medicinska definitioner ligger på graden av beroende (kontrollförlust och oförmåga att avstå från drogen). Sociala definitioner tar fasta på graden av social avvikelse/utslagenhet (förlust av arbete, bostad och familj, myndighetsingripanden etc). Jfr Becker (1963), som framhåller att ''avvikande beteende'' inte är en egenskap hos själva handlingen, som en person utför, utan snarare en konsekvens av andras tillämpning av regler och sanktioner mot överträdaren. Bruun (1964) sammanför dessa båda perspektiv när han indelar människor i fyra kategorier:

- De som inte använder droger.
- De som använder droger, men utan att vara beroende av dem.
- De som använder droger och är beroende av dem, men utan att av samhället definieras som missbrukare.
- De som använder droger och är beroende av dem och som av samhället definieras som missbrukare.

Det är denna definition av drogmissbruk som används i hindbystudien.

6:2 Med deltagande observation avses här – i enlighet med den innebörd som Becker & Geer (1970) ger begreppet – den datainsamlingsmetod enligt vilken observatören deltar i det dagliga livet tillsammans med de människor som studeras, antingen öppet i rollen som forskare, eller dolt i någon ''maskerad'' roll, observerande vad som händer, lyssnande till vad som sägs och utfrågande människorna under en längre tidsperiod. I Goffmans fall rörde det sig om dold deltagarobservation, i det här fallet om öppen.

6:3 Attrition är egentligen ett medicinskt begrepp, som här används i överförd bemärkelse. A = ''the physiological wearing away of substance or structure (such as teeth) in the course of normal use'' (Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 1974).

6:4 Innehållet i begreppen gruppterapi resp gruppsamtal är långt ifrån entydigt. I den översikt som här ges av Hindbys verksamhet är mer noggranna bestämningar dock inte nödvändiga. Begreppen kan lämpligen ses som ytterpunkter på ett terapeutiskt kontinuum, där gruppterapi står för en grupp med högre ambitionsnivå i olika avseenden: ''djupare'' målsättning, längre varaktighet, större krav på gruppledaren osv.(Jfr Jenner & Johansson 1977, sid 14–15.)

6:5 Rapoport framhåller att begreppen ''konstruktivt'' respektive ''destruktivt'' inte har något innehåll i sig. Innehållet i begreppen är ett uttryck för den ideologi och de värderingar som representeras av dem som använder begreppen. Ett ''sätt att vara'' kan vara både konstruktivt och destruktivt samtidigt från olika synvinklar, från olika människors sätt att se. Rapoport menar att *ett* sätt att se förändringar i institutionens hållning är på vilket sätt begreppen ''konstruktivt'' och ''destruktivt'' används i samband med olika beteenden/handlingar vid olika tidpunkter i svängningsprocessen. Rent allmänt kan sägas att varje handling värderas i enlighet med hur den medverkar till och lämnar bidrag till att förverkliga systemets målsättning. Handlingar som medverkar till att förverkliga målen är konstruktiva och handlingar som motarbetar dem är destruktiva. Men det som gör saken komplicerad är att en och samma handling (t ex demonstrerande av symtom) kan vara konstruktiv ur exempelvis terapisynpunkt, men destruktiv för systemets bevarande. En sammanfattande bedömning måste göras där man nödgas väga in fler olika aspekter.

6:6 Rapoport har kommit fram till att tendensen till en kontinuerlig svängningsprocess i det totala sociala systemet delvis har stöd i gjorda empiriska undersökningar. Bl a har man funnit sociometriskt stöd för antagandet att antalet utskrivningar ökar, speciellt för nyinskrivna, under perioder av desorganisation. Den slutsats som Rapoport kommer fram till kan formuleras: Det verkar som om kollektiva störningar kommer i perioder och följs av en ökad utskrivningsfrekvens. Faktorer av betydelse är personalutbyten, årstidsvariationer, semestertider för personalen, stora helger (t ex julhelgen), kollektivets sammansättning.

6:7 Skillnaderna beträffande övergripande syfte leder bl a till skillnader i uppfattningar om vad som kännetecknar en ''bra'' behandlingsatmosfär. Särskilt skiljer sig innebörderna i begreppen ''optimalt rollutförande'', emotionellt klimat, öppen kommunikation, ständig granskning och gemensamt mål. Sammanfattningsvis kan sägas att det ideala sociala systemet enligt Rapoport är det, som fungerar i jämvikt och harmoni. Det uppnår då mest effektivt uppsatta värden och mål. När systemet fungerar i harmoni kan man behandla känsloladdade ämnen lugnt och rationellt, vilket anses eftersträvansvärt.

Utifrån Hindbys perspektiv blir det annorlunda. Det är inte jämvikten och harmonin i sig själv som är effektiv och eftersträvansvärd. Framåtskridandet ligger istället i motsättningar, spänningar, konflikter – och när man gemensamt lyckas lösa dessa. Inte sällan sker det under starka känslor, men det är också det känslomässiga genombrottet som ger möjligheter till ny insikt och mognad. Sammanfattningsvis kan här sägas, att det är själva processen, flera svängningar tillsammans, som är det viktiga i behandlingen – inte enbart innehållet i A-fasen. Svängningsprocessen ses inte heller, som hos Rapoport, främst som en form av social kontroll där det gäller att bevara systemets jämvikt. Den är mer ett uttryck för en aktiv gemensam strävan mot att utveckla systemet.

6:8 För tabeller och statistiska bearbetningar hänvisas till Jenner m fl (1977 b).

Det kan särskilt noteras, att det inte, till skillnad från Rapoports (1960) undersökning, framkommer något samband mellan behandlingsklimat och utskrivningsfrekvens. Rapoport får visst stöd för hypotesen att omsättningen på gäster samvarierar med behandlingsklimatet på så sätt att utskrivningsfrekvensen – särskilt rörande nya ''patienter'' – ökar under ett ''dåligt'' klimat. I hindbymaterialet finns snarare tendenser åt det motsatta hållet. Då det råder A-klimat under andra hälften av undersökningsåret lämnar fler av de nyinskrivna gästerna Hindby än under andra klimat. En anledning härtill kan vara att ett A-klimat i hindbystudien ställer större krav på de nya gästerna än ett A-klimat i Rapoports

mening. Enligt Rapoports sätt att se råder det bästa klimatet då man ”lugnt och rationellt kan behandla känsloladdade ämnen”. Enligt perspektivet i hindbystudien råder emellertid A-klimat då konflikter och motsättningar tas upp (vilket ofta leder till starka känsloutbrott) och då man lyckas lösa dessa.

Man kan även lägga märke till att resultatet motsäger ett eventuellt antagande om att det är de mest behandlingsbara och välmotiverade som stannar på ett terapeutiskt samhälle. Åtminstone på Hindby utgör de som stannar inte någon speciellt selekterad grupp.

Kapitel 7

7:1 Det finns andra modeller för beskrivningar av behandlingsorganisationer, t ex den som Perrow (1965, 1970) utvecklat. (En sammanfattande presentation ges av Sundin 1977). Perrows modell har prövats av Stensmo (1975) på det terapeutiska samhället Trollängen. Stensmo övergav den dock därefter, eftersom modellen befanns alltför stel för att på ett tillfredsställande sätt beskriva en organisation av så dynamisk karaktär som ett terapeutiskt samhälle. (Se Stensmo 1979, kap 4). Det kan också nämnas att Perrow utgör den teoeretiska utgångspunkten för en studie av en institution i Stockholm för narkotikamissbrukare (Peterson 1975) och en institutionsutredning inom socialstyrelsen. (Se Socialstyrelsen i litteraturförteckningen.) I båda dessa arbeten handlar det dock mer om klassificeringar av institutioner än om försök att fånga skeenden.

7:2 Begreppen evolutionistisk resp dialektisk har flera innebörder. De används här enligt nedan. Se även Jenner m fl (1976, sid 75–77). Evolution = gradvis skeende förändring. (Svensk uppslagsbok, andra omarb och utvidgade uppl, 1958). Dialektisk = byggande på (tanke) utveckling genom motsatser (Focus uppslagsbok, tredje omarb uppl, 1970).

7:3 Med karismatisk ledare avses en person som genom en viss ”utstrålning” påverkar andra. Till detta begrepp är knutet vissa informella kvaliteter som exempelvis förmåga till inlevelse och empati, snabbhet i uppfattningen, psykisk styrka (Jørstad 1971, sid 362. Se också Jenner m fl 1976, sid 51–58.)

7:4 Förbättringssiffror för s k dolda missbrukare, dvs missbrukare som aldrig kommit i kontakt med ”vårdapparaten”, har beräknats i några undersökningar (se Emrick 1975). Denna grupp är emellertid inte av relevans här, och faller därför utanför resonemanget.

7:5 Beskrivningar av utvecklingsprocesser in i och ut ur missbruk är än så länge fåtaliga. Det synes dock föreligga enighet om de viktigaste stegen, även om det i betydande utsträckning saknas empiriska data om karriärens förlopp. Dessa slutsatser kan man dra av den genomgång av forskning av relevans för missbrukskarriären, som nyligen redovisats av Mossberg & Änggård (1978). De beskrivningar som anges i föreliggande arbete faller lätt in i det generella mönster som Mossberg & Änggård kan teckna på basis av sin litteraturgenomgång.

7:6 Richardson (1970) har skisserat hur ett sådant utbildnings/träningsprogram kan se ut i elementär form.

7:7 Jämför Kühlhorn (1974), som vid en jämförelse av överensstämmelsen mellan intervju- och registerdata vad beträffar patienter på miljöterapeutiska institutioner (MT-patienter) resp ”traditionella” institutioner (IT-patienter) konstaterar att: ”MT-patienternas egna uppgifter överensstämmer något mer med de faktiska förhållandena medan IT-patienterna tenderar något mer till att se det förflutna mer positivt än som framgår av socialregistret. Denna tendens till ärligare svar återspeglar kanske en behandlingseffekt på MT-institutionerna” (Kühlhorn 1970, sid 40 f).

7:8 Kühlhorns (1974) undersökning tolkades av många på detta sätt. Hans undersökning visade

att det inte förelåg några statistiskt säkerställda skillnader mellan traditionella anstalter och ''terapeutiska samhällen'' med avseende på rehabilitering. Och man ansåg sig ha fått klara bevis på att de förhoppningar som ställts på det miljöterapeutiska behandlingsalternativet varit orealistiska och blåögda – man beaktade inte att det gällde tre institutioner, som fortfarande befann sig mer eller mindre på experimentstadiet då undersökningen gjordes.

Kapitel 9

9:1 Hindbystudiens resultat synes inte kunna vederläggas på grundval av hittillsvarande forskning. (Se avsnittet om individvariablernas betydelse i kapitel 7). Det kan emellertid inte uteslutas att skillnaderna i behandlingseffekter även kan sökas bland individfaktorer som vi ännu inte känner till. Denna osäkerhet tvingas vi leva med. Redan på nuvarande forskningsstadium är det möjligt att dra vissa slutsatser för hur man lämpligen bör gå vidare.

Bilagor

1. Schematisk beskrivning av innebörden i det terapeutiska samhällets två huvudsyften.

(Ur Jenner m fl 1976, sid 68–70.)

	Anpassning till rådande samhälls-system	*Krav på förändring*
Övergripande syfte	TS en behandlingsmetod att anpassa den avvikande	TS ett led i allt samhällsarbete som syftar till reell demokrati och frihet för alla; ett nytt sätt att leva som gäller alla
Mål	Rehabilitering, att kunna fungera socialt	Frigörelse, att kunna leva i samverkan och solidaritet och förändra sin situation
Syn på behandlingens politiska innehåll	Behandlingen anses vara ''opolitisk''	Man menar att behandlingen har en politisk innebörd
Antaganden om samhället	Organismperspektiv: alla samhällsmedlemmar har sin givna funktion	Polariserat perspektiv: samhället är uppbyggt på en intressemotsättning mellan styrande och styrda
Syn på förändring och utveckling inom TS o. makrosamhället	Evolutionistisk: lagbundenheter, går nästan automatiskt	Dialektisk: motsägelser, språngvis förändring; varje förändring resultat av medveten kamp och strävan

	Anpassning till rådande samhällssystem	*Krav på förändring*
Antaganden om människan	Människan styrs av konstanta krafter	Människan har inneboende utvecklingsmöjligheter
Syn på ''patienten'' och terapeutisk hållning	Patienten ''förtingligad''; opersonligt jag – det förhållande. ''Casus-syn''	Patienten ett levande subjekt; personligt jag – du förhållande. ''Dialog-syn''
Syn på ''patientens'' problem	Symtominriktning	Helhetssyn
Påverkan i terapin	Tyngdpunkten: behandlare applicerar metoder på behandlade, viss samverkan. Det är främst ''patienterna'' som skall förändras	En form av konst; gemensamt skapande i relationer som uppstår. Terapeuterna/personalen genomlever samma mognads- och förändringsprocess som ''patienterna''
Syn på ''patientens'' handlingar	Diagnotiskt tänkande: alla handlingar tolkas som symtom	Terapeutiskt och demokratiskt tänkande: handlingarna ses som fullvärdiga delar i det sociala samspelet mellan människor
Förklaringsnivå	Förklaringar ligger huvudakligen på individnivå. I viss mån mellanmänsklig nivå	Huvudsakligen mellanmänsklig och samhällelig nivå
TS som system	Institutionen anses böra vara en kopia av samhället	Ej betoning på kopia av samhället; en kollektiv gemenskap
Tyngdpunkt ifråga om behandlingsprinciper	Öppen kommunikation	Medbestämmande, medansvar
Syn på demokratisering	Framförallt en behandlingsmetod. Skapandet av ''upplevelse av'' demokrati på det politiska planet	En mänsklig rättighet och skyldighet. Reell politisk demokrati; strävan mot ekonomisk demokrati

	Anpassning till rådande samhälls-system	*Krav på förändring*
Kärnan i organisationen	Lilla samtalsgruppen; Kollektiva möten ngn/ngra ggr i veckan	Kollektivet som helhet; dagliga kollektiva möten
Medlemskap i en eller flera grupper	Man är med i olika grupper för olika funktioner	Man följer hela tiden samma lilla grupp i de olika funktionerna
Regler	Normer och regler likt samhället utanför; ofta stränga med snäva gränssättningar	Få regler, istället eget och gemensamt ställningstagande
Symtom-tolerans	Liten grad av symtomtolerans	Demonstrerande av symtom ses som fortsatt arbetsmaterial
Frihet–tvång	Frihet att själv välja; finns även tvångsintagning	Frihet att själv välja
Personalens roll	Auktoritetsrollen vilar mer på formell status än reell kompetens	Auktoritetsrollen vilar på reell kompetens
Typ av ledarskap	Mer av auktoritärt än demokratiskt ledarskap. P-gruppen är helt sluten	Demokratiskt ledarskap. P-gruppen är öppen för ''patient''-insyn och medverkan
Social planering	Personalen relativt aktiv: ''fixare''	Personalen stimulerar – ''patienten'' aktiv, har huvudansvaret
Kontakten utåt	Liten eller ingen kontakt. Om kontakt så oftast för att underlätta återananpassningen. Man bortser från intressekonflikter.	Bred kontakt med samhället, samarbete med olika organ, dialog kollektiv & samhälle för att bl a påverka negativa attityder och sprida idéerna. Man arbetar med intressekonflikter.

2. Schema för översiktlig analys av behandlingsresultaten

A. Hälsa

Max 17 p

Somatisk sjukdom under senaste året:
- långvarig sjukdom (3)
- enstaka sjukdomstillfällen (1–2)
- ingen sjukdom (0)

Kontakt med läkare för somatisk sjukdom eller psykiska besvär under det senaste året:
- 10 gånger eller flera (2,5)
- 7–9 gånger (1,9)
- 4–6 gånger (1,3)
- 1–3 gånger (0,7)
- 0 gånger (0)

Sjukskrivningsdagar under det senaste året:
- mer än 140 (4)
- 101–140 (3)
- 51–100 (2)
- 21–50 (1)

Psykosomatiska besvär; trötthet:
- trött för jämnan (2,5)
- ganska ofta, periodvis (1,5)
- ytterst sällan (0,5)
- aldrig (0)

Psykosomatiska besvär; sömnbesvär:
- ständiga sömnbesvär (2,5)
- ganska ofta, periodvis (1,5)
- ytterst sällan (0,5)
- aldrig (0)

Psykosomatiska besvär; huvudvärk, magbesvär under de senaste 14 dagarna:
- ständiga besvär (2,5)
- ofta (1,5)
- någon gång/några gånger (0,5)
- aldrig (0)

B. Kostvanor

Max 4 p

Dagliga matvanor under de senaste 14 dagarna:
- inget lagat mål mat (4)
- ett lagat mål mat, sporadiskt (3)
- ett lagat mål mat, regelbundet (2)
- två lagade mål mat, varav ett sporadiskt, ett regelbundet (1)
- två lagade mål mat, regelbundet (0,5)
- tre mål lagad mat, varav minst två regelbundet (0)

C. Tandstatus

Max 4 p

- inga tänder, tandrester samt besvär (2,5)
- dåligt fungerande tandprotes samt besvär (2)
- egna tänder i dåligt skick samt besvär (1,5)
- väl fungerande tandprotes (0,5)
- egna tänder i gott eller ganska gott skick (0)

- om besvär: avser inte att åtgärda tänderna (0,7)
- om besvär: tänker kanske att åtgärda tänderna (0,4)
- om besvär: har tagit initiativ till att åtgärda tänderna (0)

- senaste tandläkarbesöket för mer än fyra år sedan (0,8)
- senaste tandläkarbesöket för tre–fyra år sedan (0,6)
- senaste tandläkarbesöket för två–tre år sedan (0,4)
- senast tandläkarbesöket för ett–två år sedan (0,2)
- senaste tandläkarbesöket under det senaste året (0)

D. Bostadssituation

Max 10 p

Bostadssituationen under de senaste tre månaderna:
- bott ute eller i rivningshus (8,4)
- sjukhus, vårdanstalt, fängelse (7,2)
- inackorderingshem, behandlingsinstitution (6,0)
- bekanta, släkt, vänner (4,8)
- hyresrum, fästmö/fästman (3,6)
- har egen lägenhet men bor någon annanstans, vill byta, vantrivs (2,4)
- har egen lägenhet, bor i den, vill byta, vantrivs (1,2)
- har egen lägenhet, bor i den, vill ej byta (0)

- om uttryckt behov av annan/ny lägenhet: står ej i bostadskö (1,6)
- om uttryckt behov av annan/ny lägenhet: står i bostadskö (0)

E. Arbete/studier

Max 12 p

- ej arbete/studier vid intervjutillfället (10)
- helskyddad sysselsättning, arbetsprövning inom arbetsvården eller liknande (7,5)
- beredskapsarbete eller omskolningskurs i AMS:s regi (5)
- tillfälligt arbete på öppna marknaden (2,5)
- fast anställning på öppna marknaden, egna företagare, studier inom reguljära utbildningsväsendet såsom folkhögskolestudier, vuxenstudier för grundskole- eller gymnasiekompetens, yrkesutbildning etc (0)

- om inget arbete/inga studier vid intervjutillfället:
  ej arbetat/studerat under de senaste 12 månaderna (2,0)
  ej arbetat/studerat under de senaste 9 månaderna (1,5)
  ej arbetat/studerat under de senaste 6 månaderna (1,0)
  ej arbetat/studerat under de senaste 3 månaderna (0,5)
  ej arbetat/studerat under de senaste 0 månaderna (0)

F. Ekonomisk situation

Max 10 p

Skulder till samhället (böter, skatteskulder):
- 10.000 kr eller mer (4)
- 7–9.900 kr (3)
- 4–6.900 kr (2)
- 1–3.900 kr (1)
- 0 kr (0)

Skulder till personer (skadestånd, underhållsbidrag, pantsedlar etc):
- 10.000 kr eller mer (4)
- 7–9.900 kr (3)
- 4–6.900 kr (2)
- 1–3.900 kr (1)
- 0 kr (0)

Skulder relaterat till:
- ingen inkomst som möjliggör återbetalning (2)
- tillfällig inkomst som möjliggör återbetalning (1)
- inkomst som möjliggör återbetalning (0)

G. Politiska resurser

Max 10 p

Ang fackförening:
- ej medlem, ej möjlighet bli medlem (2)
- ej medlem, möjlighet att bli medlem (1,5)
- medlem, passiv (1)
- medlem, viss aktivitet (0,5)
- medlem, aktiv (0)

Politisk aktivitet (medlem i politiskt parti/förening, byalag, aktionsgrupp, deltagit i demonstration, gått runt med protestlistor etc):
- ej medlem, ej aktiv (2,5)
- passiv medlem (2)
- ej medlem, viss aktivitet (1,5)
- ej medlem, aktiv (1)
- medlem, viss aktivitet (0,5)
- aktiv medlem (0)

Ang överklagande av myndighetsbeslut:
- saknar möjligheter att överklaga (1,5)
- kan göra det med hjälp av annan (0,5)
- kan göra det på egen hand (0)

Ang medvetenhet:
- ser inga möjligheter att påverka missförhållanden i samhället (2,2)
- ser någon möjlighet att påverka (0,6)
- ser olika möjligheter att påverka (0)

Ang nyhetsintresse:
- ej intresserad av samhället, följer ej med vad som händer (1,8)
- visst intresse, följer i någon mån med i exvis tidningar, radio, TV, böcker (1,2)
- intresserad av samhället, följer regelbundet med vad som händer via något medium (0,6)
- intresserad av samhället, följer regelbundet med vad som händer via flera media (0)

H. Fritidssituation

Max 12 p

Ang intressen:
- inga intressen (6)
- har intressen, sporadiskt utövande (3)
- har intressen, aktivt/regelbundet utövande (0)

Anm: intressen = hobby, friluftsliv, skapande verksamhet etc.

Medlemskap i förening (ej politisk):
- ej medlemskap (3)
- passiv medlem (2)
- aktiv medlem (0)

Utnyttjande av kulturutbud:
- har aldrig under det senaste året gått på teater, museum, konsert eller konstutställning (3)
- har vid ett par tillfällen utnyttjat något av ovannämnda kulturutbud (2)
- har gjort det flera gånger (0)

I. Symtombild

Max 32 p

Kriminalitet:
- dom senaste året eller väntan på dom (6)
- ingen dom (0)

Bruk av alkohol:
- använder alkohol regelbundet, ej kontroll (8)
- använder alkohol ibland, ej kontroll (6)
- använder alkohol ibland, har kontroll (2)
- använder inte alkohol (0)

Bruk av narkotika:
- använder ''tung'' narkotika regelbundet (8)
- använder ''tung'' narkotika ibland och/eller hasch etc regelbundet (6)
- använder hasch etc ibland (4)
- använder inte narkotika (0)

Bruk av psykofarmaka:
- använder psykofarmaka regelbundet (4)
- använder psykofarmaka sporadiskt (2)
- använder inte psykofarmaka (0)

– om bruk av psykofarmaka:
– preparatet/något av preparaten har tillvänjningsrisk enligt FASS (4)
– ej tillvänjningsrisk enligt FASS (0)

Samhällsingripanden under det senaste året:
– blivit föremål för samhällsingripanden på grund av missbruk (2)
– ej blivit föremål för samhällsingripanden (0)

J. Sociala relationer

Max 32 p

Kontakt med nära anhöriga med avseende på kvantitet:
– inga nära anhöriga i livet (0)
– har nära anhöriga, men ingen som helst kontakt (1,0)
– upprätthåller kontakten genom korta telefonsamtal, etc (0,75)
– träffas en eller ett par gånger om året (0,5)
– träffas minst en gång/månad (0)
Anm: Kontakten med moder, fader och 1–2 syskon kartläggs.

Kontakt med nära anhöriga med avseende på kvalitet:
– inga nära anhöriga i livet (0)
– dålig kontakt, t ex olösta konflikter (1,0)
– ytlig kontakt, talar om vardagliga saker (0,75)
– djup kontakt, kan tala om angelägna ting (0)
Anm: Kontakten med moder, fader och 1–2 syskon kartläggs.

Kontakt med hustru/f d hustru enligt ovan.

Kontakt med eventuella barn enligt ovan.
Anm: Kontakten med 1–3 barn kartläggs. Poängsumman multipliceras med 2.

Övriga kontakter:
– helt ensam (5)
– mest ensam, känner enbart människor med missbruksproblem (3,5)
– liten umgängeskrets (2,5)
– stor umgängeskrets (0,5)

– önskar träffa fler eller andra människor, men gör inga försök (2)
– gör vissa trevande försök (1)
– gör aktiva försök/nöjd med sitt umgänge (0)

– kvalitet (sammanfattande bedömning):
– dåliga kontakter med andra människor (3)
– ytliga kontakter (2)
– djupa kontakter (0)

K. Psykologiska faktorer

Max 24 p

Genomsnittlig poäng på frågeformuläret:
- 3,1–4,0 (8)
- 2,1–3,0 (6)
- 1,6–2,0 (4)
- 1,1–1,5 (2)
- 0–1,0 (0)

Inkongruens vad gäller självupplevelse:
- stor inkongruens (8)
- viss inkongruens (4)
- ingen inkongruens (0)

Förmåga att ta ansvar för sig själv, sina handlingar och de mål man valt:
- obetydlig förmåga (8)
- viss förmåga (4)
- stor förmåga (0)

L. Sammanfattning

Om skillnaden i belastningspoäng mellan T1 och T3 är:
- minst 48 poäng, så kategorin stor förbättring
- 26–37 poäng, så kategorin viss förbättring.

3. Fallbeskrivningar

(Ur Jenner m fl 1977 a, sid 124–30.)

Stor förbättring av livssituationen

Johan var 38 år gammal vid inskrivningen på Hindby. Han hade problem med alkohol och använde även stora doser sömnmedicin i berusningssyfte.

Vad gäller hälsotillståndet besvärades han av magsår, han hade sömnbesvär och kände sig ständigt trött och deprimerad.

Han bodde i en omodern lägenhet, och trivdes inte alls i den. Arbetssituationen hade under de senaste åren blivit allt trassligare. Han hade haft kortare anställningar, men inte kunnat behålla dem p g a missbruket. Han var ofta sjukskriven men stannade även hemma utan att meddela arbetsplatsen. Den senaste anställningen fick han sparken ifrån. Under det sista

halvåret före hindbyvistelsen var han arbetslös och hade mest druckit hela tiden. Han hade ekonomiska skulder på sammanlagt 14 000 kronor och hade sista året mest levt på socialhjälp och sjukpengar.

Kontakten med anhöriga var inte alls bra enligt honom själv. Han var rädd för sin far, kunde inte prata med honom. Syskonen träffade han bara sporadiskt. Han var ensamstående när han kom till Hindby. Tidigare hade han varit gift och har en dotter från äktenskapet. Han hade mycket dålig kontakt med dottern och kände sig misslyckad som far. – Hans umgänge bestod mest av ''fyllekompisar''. (''Jag söker mej till dom som har samma syn på spriten som jag själv. När jag är nykter har vi ingen kontakt.'') Någon riktig vän hade han inte haft på många år och han upplevde sig vara mycket ensam och isolerad.

Han menade att han kunde påverka samhällsfrågor genom att rösta på ett lämpligt parti. Men i övrigt trodde han inte att han kunde göra så mycket. – ''Det är inget för såna som mej ...'' – Han var medlem i fackförening, men var ej aktiv. Han ägnade sig inte åt några speciella fritidssysselsättningar.

Under första tiden på Hindby hade han upprepade återfall. Han blev ifrågasatt av kollektivet, men man bestämde att han skulle få en chans till. Trots det fortsatte han att dricka, både ''ute'' och på Hindby. Ånyo blev han hårt ifrågasatt. Man tyckte inte att han hade visat någon riktig vilja. En stor grupp i kollektivet ville helst se honom utskriven, men han stannade kvar ändå. (''Jag kände mej jävligt enkel eftersom jag hade svikit ett förtroende. Det var då jag verkligen fick upp ögonen för hur andra reagerar på mitt krokiga sätt att vara. Men jag gav mej fan på att stanna och visa de som tvivlade på mej att de hade fel. Det blev liksom en utmaning som jag idag är tacksam över att jag tog. Den händelsen gav mej verkligen en tankeställare.'') – Under vistelsen började han bl a ordna med sin arbetssituation. Han sökte och kom in på en AMS-utbildning till snickare. Han bytte lägenhet och fick en modern etta. Han ordnade upp sin ekonomi, fick största delen av sin skuld avskriven samt betalde resten med sparade sjukkassepengar. Hälsotillståndet förbättrades. När han lämnade Hindby hade mag- och sömnbesvären försvunnit. Kontakten med föräldrar och syskon hade förbättrats och han hade skaffat en hel del nya vänner på Hindby. Han gjorde sig emellertid skyldig till ett par brott under vistelsen på Hindby och väntade på rättegång.

Vid uppföljningen berättade Johan: ''När jag skrev ut mej från Hindby var den planerad, men det gick ändå snett den första tiden. Det hade gått för bra. Jag hade ordnat ny bostad, kommit in på kursen och ordnat mina skulder. Det gick för lätt och det skrämde mej. Jag ville förstöra för mej och då är det typiskt mej att supa till. Men jag insåg snart att det inte skulle hålla.

Jag skulle missa kursen som jag kämpat så för att komma in på. Nu det senaste året har det gått hyggligt för mej. Det är klart att jag dricker någongång i veckan men nu är det jag som har kontrollen över flaskan och inte tvärtom. Man blir väl lite uppiggad av spriten och det känns lättare att umgås med andra människor. Nu dricker man civiliserat. Det kommer aldrig att bli som innan. Jag har ett jobb som jag gillar. Jag dricker inte längre för att jag får motgångar för dom snackar jag om istället. Jag tänker efter före numera.''

Under uppföljningsåret har han vid något tillfälle blivit tagen för fylleri. Han har inte begått några nya brott; för de brott han begick under hindbytiden dömdes han till skyddstillsyn.

Vad gäller hälsa har han fått tillbaka sina magbesvär, men behöver inte längre sömnmedel för att kunna sova. (''Visserligen är jag ofta trött nu också, men tröttheten är inte så mycket psykisk som fysisk.'')

Vid uppföljningen har han genomgått AMS-kursen och har sedan tre månader fast anställning på ett bygge (''Jag trivs jättefint och ser ljust på framtiden, men jag är kanske för optimistisk för det är svårt ibland.'') – När han sökte jobbet berättade han om sina tidigare problem för sin arbetsgivare, emedan han ansåg att det var mest ''rakt'' om arbetsgivaren fick reda på det. (''Just för att jag från början lade alla korten på bordet fick jag jobbet. Chefen accepterade mej helt och fullt och lovade att ställa upp om det skulle bli några problem. Det var första gången jag kände mej såpass säker på mej själv att jag vågade gå ut rakt.'')

Vad gäller fritidssituationen berättar han: ''Jag har börjat läsa en del och går ofta på bibliotek numera. Annars är jag trött efter arbetsdagen och orkar inte med så mycket fritidssysselsättningar.'' Om samhällsfrågor och möjlighet att påverka samhällsförhållandena säger han:

''Det är svårt det där. Ska man kunna göra något rejält måste man nästan vara född bland storgubbarna. Fast en del, det tror jag, det kan man göra genom att snacka med folk. Är man tillräckligt många som tycker en sak, så kan man nog påverka. Men det är svårt.'' Han har inte besökt något politiskt möte under året. Däremot har han varit på ett par fackföreningsmöten. – ''Där kan man säga sin åsikt om vad som kan förbättras på jobbet. Där kan man påverka.''

Vad gäller kontakten med anhöriga och vänner berättar han: ''Jag har nu mycket bättre kontakt med mina föräldrar och syskon. Jag har lättare för att vara ärlig och kan prata om mina problem och känslor för dem. Jag är numera alltid välkommen hem och jag själv är inte så hård längre. Mina syskon träffar jag mycket oftare nu och vi har fått en djupare kontakt med varandra.'' – Även kontakten med dottern har blivit bättre. (''Tidigare kom

hon aldrig och hälsade på mej. Nu har hon kommit flera gånger för att höra hur jag har det.'') Han sammanbor med en kvinna och de planerar att gifta sig inom kort. Han träffar fortfarande sina vänner från hindbytiden, och han har också skaffat sig en hel del nya vänner under året – människor som han träffat på AMS-kursen och på arbetet. (''Dom är hjälpsamma och ärliga och accepterar mej som jag är. Vi trivs fint ihop.'') Vidare träffar han sin blivande hustrus släktingar. Johan berättar att han för första gången i sitt liv upplever sig ha djupa och meningsfulla kontakter och känner inget behov av annat umgänge. – ''Visst har det förekommit att gamla kompisar dykt upp onyktra och velat bjuda på sprit men jag har konsekvent tackat nej. Jag har inte släppt dom över tröskeln. Jag vet vad jag har idag. Livet har en mening och jag betyder något för andra människor.''

Slutligen: ''Det jag fått ut av vistelsen på Hindby är att jag blivit mycket öppnare och ärligare mot mej själv och andra. Jag lärde mej att ärlighet varar längst. På Hindby lärde jag mej också att se på problem på ett annat sätt – att stanna upp och diskutera igenom situationen – så hittar man nog en lösning i stället för att springa iväg och dricka ...''

Viss förbättring av livssituationen

Martin var 55 år gammal när han kom till Hindby. Han hade problem med alkohol. Ett halvår innan han kom till Hindby hade han haft ett delirium eftersom han i stort sett druckit dagligen i sju månaders tid. – ''Jag upplever att jag har min framtid bakom mej. Allt är meningslöst. Jag är för gammal.''

Han led ofta av magbesvär, sömnbesvär och huvudvärk, kände sig alltid trött och nere och periodvis använde han sömnmedel.

Han hade egen bostad, men bodde hos en fästmö. Han är sjukpensionär (sedan tio år tillbaka), hade inga problem med ekonomin och var skuldfri.

Samhällsfrågor och politik var ett av hans större intressen och han var engagerad i en politisk förening. Fritiden upplevde han var ganska tom på innehåll men läste en del böcker som han lånade på biblioteket.

Martin uppgav vid inskrivningen att båda föräldrarna var döda sedan många år och att han endast hade sporadisk kontakt med en del av sina syskon. Han var tidigare gift men hustrun tog initiativ till skilsmässa något år innan Martin kom till Hindby. – ''Jag kan inte acceptera skilsmässan utan jag hoppas på att det kan bli bra igen. Jag älskar fortfarande min fru. Men varken min fru eller mina barn vill träffa mej mera. De skäms för mej.''

Efter skilsmässan flyttade han samman med en annan kvinna men det var ett resonemangsparti utan djupare känslor, uppgav Martin.

Han levde en mycket isolerad tillvaro och satt oftast hemma och drack. – ''Andra människor är enfaldiga och dumma. Jag vill vara för mej själv.''

Under vistelsen på Hindby bröt han med sin fästmö. Han tog kontakt med sina barn vid ett flertal tillfällen och kontakten blev något bättre. Hälsotillståndet hade förbättrats.

Vid uppföljningen bor Martin i sin lägenhet, men trivs inget vidare beroende på ensamheten. Han har varit i kontakt med arbetsförmedlingen för att få jobb. De upplyste Martin om att han inte kan få ett arbete så länge han har sjukpension. Han måste söka friskintyg först. Martin tycker det verkar krångligt men skall ändå försöka ta itu med att försöka få ett arbete.

Han har utökat sitt engagemang i föreningen och arbetar aktivt två–tre dagar i veckan (drar stenciler osv.).

När han inte har något att göra sitter han dock hemma och dricker. (''Spriten betyder ingenting för mej när jag har människor omkring mej. Jag dricker när jag är ensam och isolerad.'') Han har slutat att läsa böcker och gå på biblioteket.

Han har inte utvecklat kontakten med sina barn. Han har dock börjat att söka upp gamla vänner och bekanta från förr. Kontakten är inte så djup, men Martin tycker att det är bättre än ingen kontakt alls. – ''Det nya med mej nu är att själv söker upp folk. Det skulle jag aldrig gjort tidigare.''

Han har inga besvär av magen eller huvudet och har helt slutat att ta sömnmediciner.

Martin beskriver vid uppföljningsintervjun sin behållning av behandlingen på Hindby så här: ''Hela mitt sätt att se på människor har förändrats. Alla människor har ett värde och har något att ge. Förut tyckte jag att andra människor var enfaldiga, men efter en fokusering i kollektivet började jag förstå att det bara var min attityd, det var ett sätt att bortförklara ensamheten. På Hindby gick jag väl inte helt in i mina största svårigheter som kontaktproblem, min svårtillgänglighet, min skenbara avvisande inställning och min högdragenhet. Tidigare var jag inte så medveten om dom här egenskaperna hos mej själv. Jag är medveten om att det gäller att söka meningsfylldhet i tillvaron och att jag aktivt måste göra något själv. Mitt självförtroende har iallafall blivit bättre. Jag vet vad jag vill. Jag är idag någorlunda nöjd med mej själv och har fått lite av livsgnistan tillbaka.''

Status quo

Sten var 47 år när han kom till Hindby. Han hade problem med alkohol och hade druckit i stort sett dagligen i 10 månader innan han kom till Hindby.

Hälsotillståndet var dåligt med bl a ryggbesvär och magbesvär.

Han saknade egen bostad och hade inte haft något eget hem de senaste tre åren utan bott på hotell, inackorderingshem eller hos olika kompisar. Han hade skulder på omkring 4 000 kronor och hade de senaste åren levt på sjukpenning och sporadiskt på arbetsinkomst.

Han var skild sedan två år; han hade fortfarande en del kontakt med f d hustrun och en dotter. I övrigt träffade han bara ''fyllekompisar''.

Han var inte särskilt intresserad av samhällsproblem och tyckte att det mesta var bra. Trodde inte att han kunde påverka samhället. Han var medlem i fackförening, men inte aktiv.

Han var sportintresserad, gick ofta på sportevenemang och läste regelbundet dagstidningar och en del böcker.

Under sin vistelse på Hindby satt Sten oftast tyst på de gemensamma mötena. Han tyckte själv att han fungerade dåligt. Han ordnade emellertid med både arbete och bostad. Den ekonomiska situationen var dock oförändrad vid utskrivningen.

Vid uppföljningen bor han fortfarande i sin bostad, men han väntar bara på att bli vräkt, eftersom han inte betalt hyran på flera månader. Han har druckit (periodvis dagligen) och upplever sig inte kunna kontrollera alkoholkonsumtionen. Han har inte kvar sitt arbete. Han har betalt tillbaka en hel del av sina skulder till olika personer som han var skyldig pengar. Men skulderna har han betalt genom att sälja en del av de möbler han fick av de sociala myndigheterna när han flyttade in i sin lägenhet.

Hälsotillståndet är ungefär detsamma som innan han sökte till Hindby, med den skillnaden att han dessutom har sömnbesvär.

Han upplever sig ensam och isolerad. Kontakten med den f d hustrun är trasslig med svartsjuka, gräl och slagsmål. Han träffar då och då en del vänner från Hindby, men det är inte fråga om någon fast kontakt. För det mesta träffar han människor endast i samband med alkohol.

Samhällsproblem är något som han fortfarande inte har något intresse av och han tror sig inte heller kunna påverka så stora frågor. – Han har sitt sportintresse kvar och läser fortfarande en del, men har inga nya intressen.

Sten: – ''Min behållning av Hindby idag är väl att jag blivit lite lugnare. Jag har lite lättare att snacka med andra människor.''

4. Antaganden rörande individfaktorers resp. behandlingens inverkan på resultaten.

(Ur Jenner m fl 1977 a, sid 133–36.)

Antaganden rörande individfaktorer

Antagandena är avsedda att utgöra ett tvärsnitt av de bakgrundsfaktorer som studerats i undersökningen. Som tidigare nämnts har ''förbättring'' för varje individ relaterats till vars och ens problem och relationer då behandlingen påbörjades. Några antaganden rörande individernas akuta situation vid inskrivningen har därför inte prövats.

De personer som visar låg grad av förbättring:

1. *är i allmänhet äldre* än de som visar hög grad av förbättring;
2. *har fått en svårare utgångspunkt i livet:*
   a. är oftare skilsmässobarn
   b. har haft fattigare uppväxtförhållanden
   c. kände sig oftare otrygga hemma under sin uppväxttid
   d. upplevde en sämre känslokontakt med föräldrarna
   e. blev i större utsträckning vittnen till bråk och slagsmål hemma
   f. kommer oftare från hem där missbruk förekommit
3. *hade större svårigheter i skolan* jämfört med dem som visar hög grad av förbättring;
   a. har oftare gått om någon klass
   b. skolkade i större utsträckning under skoltiden
   c. hade problem med skolkamraterna (de var ensamma eller utsatta för mobbning)
4. *har svårare bakgrund vad gäller hälsa;*
   a. har någon gång haft en sjukdom som inverkat menligt på livssituationen
   b. har oftare en hjärnskada
5. *har en svårare bakgrundssituation vad gäller arbete;*
   a. har någon gång fått sparken från en anställning
   b. har i allmänhet (alltså inte endast under de senaste åren) haft korta anställningar av tillfällig natur
   c. saknar i allmänhet yrkesutbildning
6. *är oftare skilda* (med åtföljande social nedgång);

7. *har en gravare symtombild;*
   a. har haft missbruksproblem under en längre tid
   b. har upplevt kontrollbrist under en längre tid
   c. har någon gång varit intagna på anstalt/sjukhus för sina missbruksproblem
   d. har någon gång dömts för s k grövre brott
   e. har någon gång suttit i fängelse
8. *har i mindre utsträckning kulturella intressen;*
   a. har aldrig gjort ett teaterbesök
   b. har aldrig besökt ett bibliotek
   c. har aldrig besökt en konstutställning
9. *har aldrig tidigare vistats på ''terapeutiskt samhälle'';*
10. *har lägre behandlingsmotivation*
    a. sökte mer sällan till Hindby på eget initiativ
    b. var (vid inskrivningstillfället) mer tveksamma till sina möjligheter att förändra sin livssituation
    c. var (vid inskrivningstillfället) mer tveksamma till sina möjligheter att kontrollera sitt bruk av alkohol/narkotika.

Antaganden rörande behandlingsfaktorer

De personer som visar hög grad av förbättring:

1. *har längre behandlingstid* jämfört med dem som visar låg grad av förbättring;
2. *har färre behandlingstillfällen;* (Detta antagande har kommit till mot bakgrund av att många gäster har sin sammanlagda behandlingstid uppdelad på två eller flera behandlingsomgångar.)
3. *har under större delen av sin behandlingstid vistats på Hindby då behandlingsklimatet som helhet varit jämförelsevis ''bra''* (= perioderna 7–8 & 11–17), medan det motsatta gäller för dem som visar låg grad av förbättring;
4. *upplever oftare att de har ''kommit loss'' i samtalsgruppen;*
5. *upplever oftare att de har ''kommit loss'' i kollektivet;*
6. *har i större utsträckning gått till andra människor när de känt sig oroliga eller haft problem* (i stället för att bära det ''inombords'');
7. *har i större utsträckning tagit upp sina svåraste problem;*
8. *anser oftare att de har haft medbestämmanderätt* (och att de utnyttjat den);
9. *anser oftare att de har visat medansvar;*

10. *har i större utsträckning förändrat sin attityd till Hindby i positiv riktning;* (Vi har sett efter om den inställning man hade vid T1 har förändrats.)
11. *har i större utsträckning utnyttjat sina möjligheter till ''permissioner'';* (Intervjuuppgifterna har här kompletterats med anteckningar förda på Hindby.)
12. *har ett bättre samarbete med sin kontaktman vid utskrivningen.*

5. Jämförelser bortfallsgruppen – uppföljningsgruppen

(Jfr Jenner m fl 1977 b, sid 182–87.)

U I = Uppföljningsgruppen, kategorin stor förbättring.
U II = Uppföljningsgruppen, kategorin viss förbättring + status quo.
B = Bortfallsgruppen.
H = Hindbystudien.

U = 4 kvinnor, 34 män.
B = 1 kvinna, 7 män.

Antaganden rörande individfaktorer

1) Ålder
≤ 45 år: U I = 17/22 individer = 77 %
U II = 11/16 individer = 69 % H: ej sign
B = 5/8 individer = 63 %

2A) Skilsmässobarn
Ja: U I = 5/22 ind = 23 %
U II = 5/14 ind = 36 % H: ej sign
B = 3/8 ind = 38 %

2B) Fattiga uppväxtförhållanden
Ja: U I = 10/22 ind = 45 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = = 4/8 ind = 50 %

2C) Otrygg uppväxtmiljö

Ja: U I = 13/22 ind = 59 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

2D) Emotionell kontakt med föräldrarna

Dålig kontakt:
U I = 10/22 ind = 45 %
U II = 8/16 ind = 50 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

2E) Varit vittne till bråk/slagsmål i uppväxtmiljön

Vid upprepade tillfällen:
U I = 12/21 ind = 57 %
U II = 10/14 ind = 71 % H: ej prövat
B = 5/8 ind = 63 %

2F) Drogmissbruk i hemmet

Ja: U I = 8/22 ind = 36 %
U II = 6/16 ind = 38 % H: ej sign
B = 2/8 ind = 25 %

3A) Gått om någon klass i skolan

Ja: U I = 5/21 ind = 24 %
U II = 3/15 ind = 19 % H: ej prövat
B = 0/8 ind = 0 %

3B) Skolkat

Ofta eller ibland:
U I = 11/21 ind = 52 %
U II = 9/16 ind = 56 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

3C) Ensamma bland kamraterna, ''hackkycklingar'' etc:
UI = 6/21 ind = 29%
UII = 5/16 ind = 31 % H: ej sign
B = 2/8 ind = 25 %

4A) Längre tids sjukdom

U I = 8/22 ind = 36 %
U II = 9/16 ind = 56 % H: ej sign
B = 3/8 ind = 38 %

4B) Hjärnskada

U I = 2/18 ind = 11 %
U II = 2/16 ind = 13 % H: ej prövat
B = 1/7 ind = 14 %

5A) Någon gång blivit avskedad från en anställning

Ja: U I = 11/22 ind = 50 %
U II = 5/16 ind = 31 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 40 %

5B) Alltid haft korta anställningar

Ja: U I = 12/22 ind = 55 %
U II = 7/16 ind = 48 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

5C) Saknar yrkesutbildning

Ja: U I = 14/22 ind = 64 %
U II = 11/16 ind = 69% H: ej sign
B = 3/8 ind = 38 %

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori I:

	I	II	
Ej y-utb	17	11	28
Y-utb	13	5	18
	30	16	46

Ej sign

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori II:

	I	II	
Ej y-utb	14	14	28
Y-utb	8	10	18
	22	24	46

Ej sign

Anm: Med y-utbildning menas en längre och relativt kvalificerad utbildning såsom utbildning till svetsare, murare, typograf, målare, kock etc. Kortare utbildningar av typ yrkesorientering räknas inte hit.

6) Skilsmässa

Ja: U I = 8/22 ind = 36 %
U II = 9/16 ind = 56 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

7A) Missbruksproblem 10 år eller längre tid

U I = 9/22 ind = 41 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

7B) Kontrollbrist 5 år eller längre tid

U I = 10/22 ind = 45 %
U II = 10/16 ind = 63 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

7C) Intagning på sjukhus/anstalt p g a missbruksproblem

U I = 16/22 ind = 73 %
U II = 12/16 ind = 75 % H: ej prövat
B = 3/8 ind = 38 %

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori I:

	I	II	
Anstalt	19	12	31
Ej	11	4	15
	30	16	46

Ej sign

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori II:

	I	II	
Anstalt	16	15	31
Ej	6	9	15
	22	24	46

Ej sign

7D) Någon gång dömts för grövre brott
H: Ej sign. Registerdata saknas för B.

7E) Har någon gång suttit i fängelse
H: Ej sign. Registerdata saknas för B.

8A) Teaterbesök

Aldrig: U I = 9/22 ind = 41 %
U II = 4/16 ind = 25 % H: ej prövat
B = 3/8 ind = 38 %

8B) Besökt bibliotek

Aldrig: U I = 8/22 ind = 36 %
U II = 9/16 ind = 56 % H: ej sign
B = 3/8 ind = 38 %

8C) Besökt konstutställning

Aldrig: U I = 9/22 ind = 41 %
U II = 8/16 ind = 50 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

9) Aldrig tidigare vistats på ''terapeutiskt samhälle''

U I = 5/22 ind = 23 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = 2/8 ind = 25 %

10A) Ansökan till Hindby på andras initiativ

U I = 8/22 ind = 36 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

10B) Tveksamhet inför möjligheterna att förändra situationen

U I = 7/22 ind = 32 %
U II = 7/16 ind = 44 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

10C) Tveksamhet inför möjligheterna att kontrollera bruket av droger

U I = 11/22 ind = 50 %
U II = 10/16 ind = 63 % H: ej sign
B = 4/8 ind = 50 %

Antaganden rörande behandlingsfaktorer

1) Behandlingstid 6–18 veckor

U I = 11/22 ind = 50 %
U II = 9/16 ind = 56 % H: ej sign
B = 6/8 ind = 75 %

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori I:

	I	II	
6–18 v.	17	9	26
>18 v	13	7	20
	30	16	46

Ej sign.

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori II:

	I	II	
6–18 v.	11	15	26
>18 v	11	9	20
	22	24	46

Ej sign.

2) Antal behandlingstillfällen
H: Sign. Uppgifter saknas för B.

3) Vistelse under övervägande ''bra'' behandlingsklimat

U I = 15/22 ind = 68 %
U II = 5/16 ind = 31 %
B = 4/8 ind = 50 %

H: sign

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori I:

	I	II	
Bra klimat	19	5	24
Sämre klimat	11	11	22
	30	16	46

$\chi^2 = 3{,}11$. Sign.

Antag att samtliga ind i B tillhör kategori II:

	I	II	
Bra klimat	15	9	24
Sämre klimat	7	15	22
	22	24	46

$\chi^2 = 3{,}18$. Sign.

Referenser

Alnaes, R., Johnsen, G. (red.) 1968: *Psykoterapi II*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

— 1971: *Psykoterapi III*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Andersson, B. A. 1972: *Frykgården – ett terapeutiskt samhälle?* Trebetygsuppsats. Karlstad: Sociologiska institutionen, Karlstads universitet. Stencil.

Austin, N. K., m. fl. 1976: A comparative evaluation of two day hospitals. Goal attainment scaling of behavior therapy vs. milieu therapy. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 163, 253–262.

Bandura, A. 1969: *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston Inc.

Becker, H. S. 1963: *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press.

— 1970: Whose side are we on? In *Filstead* (1970, 15–26).

— Geer, B. 1970: Participant observation and interviewing. A comparison. In *Filstead* (1970, 133–154).

Belfrage, S. 1975: *Uppföljning av narkotikamissbrukare som varit på Rävlanda behandlingshem*. Psykologexamensarbete. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Stencil.

Bell, R. 1975: *Att utvärdera sociala program. Om olika sätt att studera socialpolitiska åtgärder och arbetmetoder och bedöma dess verkningar*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Berg, M. 1971: *Om miljöterapi*. Föredrag hållet vid Gruppterapeutiskt Forums Miljöterapiseminarium i Lund 1971-01-29.

Berggren, B. 1970: *Patientinflytande*. I Miljöterapi – Terapeutiskt samhälle. Rapport från en konferens om aktuella behandlingsmetoder inom nykterhetsvården. Stockholms Nykterhetsnämnd och Riksförbundet mot alkoholmissbruk (RFMA). Stockholm.

— 1970: Intervju i *Pockettidningen R* nr 1 1970, s 35–47.

Bergin, A. E., Garfield (Ed.) 1971: *Handbook of psychotherapy and behavior change—An empirical analysis*. New York: John Wiley & Sons.

Bergin, A. E. 1971: The evaluation of therapeutic outcomes. In *Bergin & Garfield* (1971).

— Strupp, H. H. 1969: Se Strupp o Bergin 1969.

— Strupp, H. H. 1970: New directions in psychoterapy research. *Journal of Abnormal Psychology* 76, 13–26.

— Strupp, H. H. 1972: *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago: Aldine Press.

Bjerke, A.–C. 1975: *Trollängen 1 år, tillkomst och utveckling av ett terapeutiskt samhälle*. Psykologexamensarbete. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Stencil.

Björkman, M. 1965: *Psykologisk forskning. En introduktion*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Blegvad, B.–M. 1972: *Brikker i et spil eller Om behandling på institution*. Köpenhamn: Gyldendals pedagogiska bibliotek.

Blomgren, P. 1974: Marginalkonflikt vid behandling av narkotikamissbrukare. *Rapport från Forskningsgruppen vid Narkomanvårdskliniken, Långbro sjukhus, Älvsjö* nr 3.

Brammer, L. M., Shostrom, E. L., 1968: *Therapeutic Psychology. Fundamentals of actualization counseling and psychotherapy*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.

Bremberg, L. 1974: *Terapeutiska samhällen*. Stockholm: Aldus/Bonniers.

Brill, L. 1971: Some comments on the paper "Social control in therapeutic communities" by Dan Waldorf. *International Journal of Addictions* 6, 45–50.

Broddesson, E., Börestam C. 1974: *De första Vallmotorparna. En uppföljning av de första eleverna på det terapeutiska samhället Vallmotorp*. Trebetygsuppsats. Lund: Socialhögskolan i Lund. Stencil.

Bruun, K. 1964: Alkoholism och narkomani. I *Israel* (1964).

Bylund, P., Jansson S. O. 1972: *Ett försök med miljöterapi på ett traditionellt mentalsjukhus*. Stockholm: Skandinaviska Testförlaget/Psykologiförlaget.

Båge, C., m. fl. 1969: *Miljöterapi – Gemenskap och behandling – Ett alternativ*. Stockholm: Aldus/Bonniers.

Börjesson, B., Fredin, E. & Holm, S. 1972: *Sjukdomsmyter*. Stockholm: AWE/Gebers.

Börjeson, B. 1974: *Samtal med K – en bok om identiteten*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

— 1977: *Synpunkter på utvärdering av behandling*. I: Nordisk utredningsserie B 1977:9, 131–137.

Campbell, D. T., Stanley, J. C. 1963: *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand Mc Nally & Company.

Carpenter, W. T. 1977: The treatment of acute schizofrenia without drugs: An investigation of some current assumptions. *American Journal of Psychiatry* 134, 14–20.

Chambers, C. D. 1974: Speculations on a behavioral progression typology of pleasure – seeking drug use. In *Winick* (1974).

Clark, D. H. 1976: *Miljöterapi i psykiatrisk behandling. Från sluten institution till terapeutiskt samhälle*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Crafoord, C. 1970: Om miljöterapi i psykiatrisk vård. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 47, 14–20.

— 1973: Grundtrygghet och konfrontation. Erfarenheter från Fruängens dagsjukhus 1968–72. *Läkartidningen* nr 16, 1640–1647.

Collier, W. V. 1971: *An evaluation report on the therapeutic programs of Daytop Village, Inc., for the 1970–1 period*. New York: Research Division, Daytop Village.

Costello, R. M. 1975: Alcoholism treatment and evaluation: In search of methods. *International Journal of Addictions* 10, 251–275.

Cressey, D. R. 1964: *Delinquency, crime and differential association*. Haag: Nijoff.

Commission ... Se *the* Commission.

Dahllöf, U. 1971: *Ability grouping, content validity, and curriculum process analysis*. New York: Teachers College Press.

Dahllöf, U. 1973: Data on curriculum and teaching processes: Do they make any difference to non-significant test differences – and under what circumstances? *Report from the institute of Education, University of Göteborg* No 30.

De Leon, G., Holland, S. & Rosenthal, M. S. 1972: Phoenix House: Criminal activity of dropouts. *Journal of the American Medical Association* 222, 686–689.

Deutscher, J. 1970: Looking backward: Case studies on the progress of methodology in social research. In *Filstead* (1970, 202–216).

Dubin, R., Taveggia, T. C. 1968: *The teaching-learning paradox*. Eugene, Oregon: Center for the Advanced Study of Educational Administration, University of Oregon.

Emrick, C. D. 1975: A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II. The relative effectiveness of different treatment approaches and the effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 36, 88–108.

Eriksson, J. H., Frykholm, B. 1977: Skillnader mellan opiatmissbrukare, blandmissbrukare och amfetaminister i frivilliga behandlingsprogram. *Läkartidningen* 74, 4323–25.

Feldman, W. 1970: *Miljöterapi på vård- och behandlingsinstitutioner*. Stockholm: AWE/Gebers.

— 1973: *Familjerådgivning, gruppterapi, klientbehandling*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Filstead, W. J. (Ed.) 1970: *Qualitative methodology. Firsthand involvement with the social world*. Chicago: Markham Publishing Company.

— Rossi, J. J. & Keller, M. (Ed.) 1976: *Alcohol and alcohol problems: New thinking and new directions*. Cambridge, Mass: Ballinger Publishing Company.

Frykholm, B. 1976: Deltagården – ett personalfritt narkomankollektiv. *Läkartidningen* nr 26/27, 2415–2420.

— 1978: *Vägen ut ur missbrukskarriären*. Akad. avh. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Abstracts of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 311.

Fröshang, J. 1967: Problemer vedrörende miljöterapi i psykiatriske sykehus. *Läkartidningen* nr 15.

Gerard, D. L., Saenger L. 1959: Interval between intake and follow-up as a factor in the evaluation of patients and drinking problems. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 20, 620–630.

Gibbs, L., Flanagan J. 1977: Prognostic indicators of alcoholism treatment outcome. *International Journal of Addictions* 12, 1097–1141.

Glaser, R. 1962: Psychology and instructional technology. In *Glaser* (1962, 1–30).

— (Ed.) 1962: *Training research and education*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.

Goffman, E. 1961: *Asylums*. New York: Doubleday Anchor.

Grosin, L., Norman J., m. fl. 1974: *Att leva på samhällets botten. Rapport om de yngre hemlösa männens livssituation*. Lund: Studentlitteratur.

Gunne, L.-M., Frykholm, B. 1977: Missbrukskarriären. *Läkartidningen* 74, 4309–4311.

Haugsgjerd, S. 1972: *Nytt perspektiv på psykiatrin*. Stockholm: Prisma.

Hessle, S. 1977: Att forska med utsatta. En etikdiskussion utifrån intervjuer med intervjuare. *Rapporter från Barnbyn Skå, Stenhamra* nr 32.

Holland, S. 1978: Gateway Houses: Effectiveness on Treatment on Criminal Behavior. *International Journal of the Addictions* 13, 369–382.

Israel, J. (red) 1964: *Sociala avvikelser och social kontroll*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Jenner, H., Eriksson A. & Iwanson, A. 1976: *Terapeutiskt samhälle – demokrati eller skendemokrati? Om miljöterapins ideologi och praktik*. Stockholm: AWE/Gebers.

— Eriksson, A. & Iwansson, A. 1977 a: *Rapport från ett terapeutiskt samhälle*. Stockholm: AWE/Gebers.

— Eriksson, A & Iwanson, A. 1977 b: *Hindbyprojektet. Arbetsmaterial*. Malmö: Malmö socialförvaltning, Utredningsavd. Stencil.

Jenner, R., Johansson, R. 1977: *Introduktion till gruppterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Joelsson, L., Persson, A., 1976: *Klienter och klientel vid nykterhetsnämnden i Malmö*. Socialstyrelsen, byrå SN 4. Stencil.

Jones, M. 1970: *Det terapeutiska samhället*. Stockholm: Norstedts.
— 1973: *Samhällspsykiatri – Att vidareutveckla det terapeutiska samhället*. Stockholm: Rabén & Sjögren.
Jørstad, J. 1971: Autoritet og kommunikasjon i et terapeutisk miljö. *Socialmedicinsk tidskrift* nr 6, 361–370.

Katz, M. M., 1976: Behavioral change in the pattern of dementia in the institutional geriatric resident. *Journal of American Geriatric Society* 24, 522–528.
Keniston, K., Boltax, S. & Almonds, R., 1971: Multiple criteria of treatment outcome. *Journal of Psychiatric Research* 8, 107–118.
Kneisler, T., Heller, M. 1974: *Therapeutic communities and arrests: A preliminary analysis of arrests before and after treatment*. New York: NYC Addiction Services Agency, Department of Research and Evaluation.
Kramer, J. C., Bass, R. A. & Berechochea, J. E. 1968: Civil commitment for addicts: The California Program. *American Journal of Psychiatry* 125, 816–824.
Kühlhorn, E. 1974: *Effekter av behandling. Alkoholistbehandling i terapeutiska samhällen och traditionella anstalter*. Mölnlycke: Sober Förlag.

Larsson, B. 1971: Värdering av resultat vid psykoterapi. Statistisk psykoterapiforskning. En kritisk översikt. I *Alnaes & Johnsen* (1971).
Laurell, B., 1971: Miljöterapi i psykiatrisk vård. I *Rosengrn & Öfwerström* (1971).
Levinson, T., Sereny, G. 1969: An experimental evaluation of "insight therapy" for the chronic alcoholic. *Canadian Psychiatric Association Journal* 14, 143–146.
Lindberg, S., Ramström, J. 1978: *226 narkomaner. En uppföljande intervjuundersökning av en grupp frivilligt vårdade injektionsnarkomaner*. Stockholm: Socialstyrelsen, byrå SN4. Stencil.
Lindström, J. 1969: Den stagnerade psykologin. *Häften för kritiska studier*, nr 7/8.
— 1971: *Vetenskapsteori för något empiriskt forskningsområde. Del I: Perspektiv och vetenskapsideal*. Göteborg: Institutionen för vetenskapsteori, Göteborgs universitet. Stencil.
Løchen, Y. 1965: *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget.

Macro Systems Inc, 1975: *Three-year follow-up study of clients enrolled in treatment programs in New York City. Phase III. Final Report*. Washington D. C.: National Institute of Drug Abuse (NIDA).
Mahrer, Pearson (Ed.) 1971: *Creative Developments in Psychotherapy*. Cleveland/London: The Press of Case Western Reserve University.
March, (Ed), 1965: *Handbook of organizations*. Chicago: Rand – Mc Nally.
May, P. R., m. fl. 1976: Schizofrenia. A follow-up study of results of treatment. *Arch of General Psychiatry* 33: 481–486.
Modig, C. 1975: Vem avgör vad som är bra behandling? *Psykologi i teori och praktik* nr 1.
Mossberg, L., Änggård, E. 1978: *Missbrukskarriären – en litteraturstudie*. I Nordisk utredningsserie B 1978: 23, 9–78.
Myers, K., Clark, D. H. 1972: Results in a therapeutic community. *British Journal of Psychiatry* 120, 51–58.

National Commission on Marihuana and Drug Abuse, 1973: *Drug abuse in America: Problem in perspective*. Washington D. C.: U. S. Government Printing Office.
Norman, J., Schulze, R. 1970: *Hemlösa män i Stockholm. En rapport från Stockholms socialnämnds socialmedicinska utrednings- och behandlingshem vid Krukmakargatan*. Stockholm: Kommunstyrelsens utlåtanden och memorial. Nr 99.

Nygren, P. 1978: *Missbrukskarriärer som forskningsfält.* I: Nordisk utredningsserie B 1978: 23, 79–123.

O' Briant, R. G., Lennard, H. L., m. fl. 1973: *Recovery from alcoholism. A Social treatment model.* Springfield, Illinois: Charles E Thomas Publisher.

Orander, J. 1973: Redogörelse för behandlingstiden och sociala förhållanden efter utskrivning från Rätansgården. *Vårdsektor,* nr 4.

Parloff, M. B., Dies, R. R. 1977: Group psychotherapy outcome research 1966–75. *International Journal of Group Psychotherapy* 27, 281–319.

Pattison, E. M. 1966: A critique of alcoholism treatment concepts. With special reference to abstinence. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 27, 49–71.

Perrow, C. 1965: Technology, structure and goals. In *March* (1965).

— 1970: *Organizational analysis: A sociological review.* Belmont, Calif: Waldworth.

Peterson, K. 1975: Härbärget Högbergsgatan 20 – behandlingshem eller natthärbärge? *Forskningsrapporter från Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet, Gruppen för behandlings- och institutionsforskning (BIG)* nr 32.

Piltz, 1968: Forskning i psykoterapi. Göteborg: *Forskningsrapport från Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.* Stencil.

Pittman, D. J., Tate, R. L., 1969: A comparison of two treatment programs for alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 30, 888–899.

Ramström, J. 1978: *Narkomani. Orsaker och behandling.* Stockholm: Tidens Förlag/Folksam.

Rapoport, R. 1960: *Community as doctor—New perspectives on a therapeutic community.* London: Tavistock Publications.

Reed, T. 1978: Outcome research on treatment and on the drug abuser: An exploration. *International Journal of Addictions* 13, 149–170.

Richardson, S. A. 1970: Training in field relations skills. In *Filstead* (1970, 155–163).

Rogers, C. 1961: *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy.* Boston.

— 1971: The concept of the fully functioning person. In *Mahrer & Pearson* (1971).

— 1974: *Människor i grupp. Om encountergrupper – vart de syftar och hur de fungerar.* Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Rosengren, Öfwerström (red) 1971: *Modern svensk psykoterapi.* Stockholm: Prisma.

Rossi, J. J., Filstead, W. J. 1976: ''Treating'' the treatment issues: Some general observations about the treatment of alcoholism. In *Filstead m. fl.* (1976, 193–227).

Schulze, R. 1972: *Vård och behandling vid sociala avvikelser.* Stockholm: Rabén & Sjögren.

Siegel, S. 1956: *Nonparametric statistics for the behavioral sciences.* International Student Edition: Mc Graw – Hill Book Co.

Sigrell, B. 1970: Effekter av gruppåverkan och i första hand psykoterapi. Forskningsprogram. *Forskningsrapport från Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Gruppen för behandlingsforskning* nr 1.

Skinn, R. M. 1968: Changes in non-treated subjects over time. Data on a fear survey schedule and the test anxiety scale. *Behavior Research and Therapy,* nr 2.

Smart, R. G., Gray, G., m. fl. 1977: A comparison of recidivism rates for alcoholic detox recidents referred to hospitals, half-way houses, and outpatient facilities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 4, 223–232.

Socialstyrelsen redovisar 1978:4. *Vården av alkoholmissbrukare – Problem och möjligheter.* Stockholm: Liber Förlag.

Socialstyrelsen, byrå HB 2, 1978: *Institutionerna i socialvården*. Rapport nr 2 från institutionsutredningen. Stencil.

Stensmo, C. 1972: Ett forskningsprogram för utvärdering av behandling av läkemedelsmissbrukare. *Rapport från Pedagogiska institutionen, Uppsala universiet. BAL-projektet* nr 1.

— 1975: *Trollängen som social organisation*. Rapport sammanställd inför 3:e nordiska narkotikaforskningssymposiet i Røros, Norge, 1975-09-16–19. Stencil.

— 1979: *Kollektivet Trollängen. En utvärdering på organisationsnivå*. Akad. avh. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. (Uppsala Studies in Education.)

Strupp, H. H., Bergin A. W. 1969: Some empirical and conceptual basis for coordinated research in psychotherapy: A critical review of issues, trends and evidence. *International Journal of Psychiatry* 7, 18–90.

Suchman, E. 1969: Evaluative educational programs. *Urban Review*, nr 4.

Sundin, B. 1970: *Individ Institution Ideologi*. Stockholm: Aldus/Bonniers.

— 1975: Se ovan. Omarb. och utvidgad uppl.

— 1977: *En beskrivningsmodell för behandlingsinstitutioner*. I: Nordisk utredningsserie B 1977:9, 87–97.

The Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs, 1972: *Treatment*. Ottawa: Information Canada.

Thelander, A. 1975: Anpassad f. d. narkoman. En analys av anpassning och narkomanvårdsforskning. *Rapport från Forskningsgruppen vid Narkomanvårdskliniken, Långbro sjukhus, Älvsjö*, nr 5.

Thomstad, H., Gydal, M. 1968: I: *Alnaes & Johnsen* (1968).

Thureson, C. 1974: *Den öppna nykterhetsvården inom den integrerade socialvården i Göteborg*. Stockholm: Socialstyrelsen, byrå SN4. Stencil.

Tillström, J., Pallin., E. 1973: Behandlingshemmet Björnvallen – en utvärdering i samhällsperspektiv. *Rapport från Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet, BAL-projektet* nr 2.

Trice, H. M., 1970: The ''Outsider's'' Role in Field Study. In *Filstead* (1970, 77–82).

Urban, H., Ford, D. 1971: Some historical and conceptual perspectives on psychotherapy and behavior change. In *Bergin o Garfield* (1971).

Vaglum, P. 1978: *Unge stoffmissbrukare i et ''terapeutisk samfunn''. Klinisk og sosialt forløp under og etter behandling. En klinisk psykiatrisk undersøkelse*. Akad. avh. Oslo: Universitetet i Oslo, Psykiatrisk institutt. Stencil.

Wallerstein, R. S., 1957: *Hospital treatment of alcoholism: A comparative experimental study*. New York: Basic Books.

Vedeler, G., 1973: *Samspill – En studie av ungdom og behandlere*. Oslo/Köpenhamn: Scandinavian University Books.

Weiss, C., 1972: *Evaluation Research*. Englewood Cliffs, USA: Prentice – Halls.

Weppner, R. S., 1976: The complete participant: Problems in participant observation in a therapeutic community. *Addictive Diseases: An International Journal* 2, 643–658.

Westerfield, D. R., 1972: Two years experience of group-methods in the treatment of male alcoholics in a Scottisch mental hospital. *British Journal of Addictions* 67, 267–276.

Whiteley, J. S., 1970: The response of psychopaths to a therapeutic community. *British Journal of Psychiatry* 116, 517–529.

Wilson, S., 1977: The use of ethnographic techniques in educational research. *Review of Educational Research* 47, 245–265.

Winick, D., (Ed) 1974: *Sociological aspects of drug dependence*. Cleveland: CRC Press.

Yalom, I. D., 1970: *The theory and practice of group psychotherapy*. New York/London: Basic Books Inc.
Zelditch, M., 1970: Some methodological problems of field studies. In *Filstead* (1970, 217–234).
Zetterberg, H., 1968: *Om teori och belägg i sociologien*. Uppsala: Argos Förlag.
Öckner, L. 1970: *Utskrivning och uppföljning*. I: Miljöterapi – Terapeutiskt samhälle. Rapport från en konferens om aktuella behandlingsmetoder inom nykterhetsvården. Stockholms Nykterhetsnämnd och Riksförbundet mot alkoholmissbruk (RFMA). Stockholm.
— 1970: *Intervju i Pockettidningen R* nr 1, 1970, s. 9–25.

Acta Universitatis Upsaliensis

UPPSALA STUDIES IN EDUCATION

Editors: Karl-Georg Ahlström, Urban Dahllöf, Erik Wallin

1. *Inga Elgqvist-Saltzman* 1976: Vägen genom universitetet. En forskningsöversikt och en empirisk analys av några studievägar inom filosofisk fakultet i Umeå 1968–1975.
2. *Sverker Lindblad* 1976: Simulering i undervisning. En kritisk granskning av artificiell praktik i allmänutbildning.
3. *Urban Dahllöf* 1977: Reforming Higher Education and External Studies in Sweden and Australia.
4. *Leif Isberg* 1978: Arbetsuppgifter, krav och utbildning. En studie rörande domarproblematiken inom lagspelet fotboll.
5. *Mats Myrberg* 1978: Towards an Ergonomic Theory of Text Design and Composition.
6. *Henry Werlinder* 1978: Psychopathy: A History of the Concepts. Analysis of the Origin and Development of a Family of Concepts in Psychopathology.
7. *Håkan Jenner* 1979: Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare.

ISBN 91-554-0878-8
ISSN 0347-1314

Distributor: Almqvist & Wiksell International, Stockholm, Sweden